



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

# **CUIDAR DA PESSOA NO PROCESSO DE MORRER NUMA UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS – EXPERIÊNCIAS DO ENFERMEIRO**

Bruna Alberta Moreira Mesquita Sampaio





INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

Bruna Alberta Moreira Mesquita Sampaio

# **CUIDAR DA PESSOA NO PROCESSO DE MORRER NUMA UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS – EXPERIÊNCIAS DO ENFERMEIRO**

Nome do Curso de Mestrado  
II Mestrado em Cuidados Paliativos

Trabalho efetuado sob a orientação da  
Professora Doutora Maria Aurora Pereira

junho de 2015



## Resumo

Cuidar da pessoa em processo de morte exige, aos profissionais de saúde, nomeadamente, aos Enfermeiros cuidados que se orientem para a pessoa de forma a proteger e preservar a dignidade humana. Neste sentido, o presente estudo tem como objetivo principal conhecer as experiências do Enfermeiro no âmbito do cuidar da pessoa em processo de morte numa Unidade de Cuidados Continuados.

Atendendo à natureza do fenómeno em estudo *Cuidar da pessoa em processo de morte numa Unidade de Cuidados Continuados – Experiências do Enfermeiro*, optou-se por um estudo de natureza qualitativo, do tipo Exploratório - Descritivo. Os participantes do estudo são Enfermeiros que trabalham numa Unidade de Cuidados Continuados do concelho de Barcelos.

Os dados foram recolhidos através de uma entrevista semiestruturada realizada durante os meses de agosto e setembro de 2014. As mesmas foram analisadas através da técnica de análise de conteúdo segundo Laurence Bardin (2011).

Os resultados evidenciaram que a maioria dos entrevistados atribuiu, como significado de processo de morte, o *fim*. Relativamente aos fatores facilitadores do cuidar da pessoa em processo de morte, sobressaiu o distanciamento e a presença da família. Como fatores dificultadores, mencionaram a dificuldade de acesso à terapêutica analgésica. Manifestaram uma variedade de sentimentos que experienciam perante a morte, destacando-se os sentimentos de frieza, tristeza e impotência. No que concerne às estratégias mobilizadas pelos Enfermeiros para ultrapassar as dificuldades sentidas no cuidar perante o processo de morte, os entrevistados salientaram a aceitação do processo de morte como algo natural.

Cuidar do processo de morte é um verdadeiro encontro com o outro, provocando em quem cuida uma variedade de sentimentos, uma maior maturidade e um desenvolvimento pessoal.

**Palavras-chave:** Processo de morte, Cuidar, Enfermeiro, Cuidados Continuados, Pessoa em fim de vida



## Abstract

Taking care of a person that is going to die demands that specialized medical professionals, namely nurses, aim their medical care to the person in order to protect and preserve human dignity. The goal of this study is to know the nurse's experience in the care of patients who are going through a dying process in a Palliative Unit.

Bearing in mind the nature of the phenomenon that is being studied, *Supporting the person in Palliation – Nurse's Experience*, it was chosen a qualitative, descriptive and exploitive approach. The participants of the study are nurses that work in a Palliative Unit, in Barcelos, Portugal.

Data were collected from an interview that has been done during August and September, 2014. They were analyzed according to Laurence Bardin's content analysis technique (2011).

The results showed that the majority of the interviewees saw the meaning of the word "death" as being the end. In what concerns the factors that make easier caring a person that is going through a dying process, they referred the distance and the presence of the family as being very important. On the other hand, the difficult access to analgesic therapeutic was pointed out as a factor that makes palliation care difficult. Nurses pointed out several feelings they experience facing death, they emphasize coldness, sadness and impotence. In what is concerned coping, nurses point out the acceptance of the death process as being something natural.

Palliation is a true meeting with the other, it causes in care givers a lot of different feelings, makes them more mature and personally developed.

**Key words:** Process of death, To take care, Nurse, Palliative Care, Person with life-limiting





## **Dedicatória**

Pais, Irmã, Avô, Marido e Filho.

A todos os Enfermeiros que diariamente lidam com o processo de morte.



## **Agradecimentos**

À minha orientadora, Professora Doutora Maria Aurora Pereira, pelo apoio e orientação prestada na realização deste trabalho.

À Professora Doutora Manuela Cerqueira que sempre foi para mim muito mais do que Professora.

Aos meus pais, Alberto e Irene, pois aquilo que sou a eles lhes devo, pela educação, força, coragem e exemplo.

À minha irmã, Vera, por todos os momentos a mim dedicados.

Ao meu marido, Hugo, pelo tempo que não estive tão presente para poder realizar este estudo.

Ao melhor da minha vida, a ti filho, David Duarte, que me acompanha desde o estágio e nasceu no meio de todo este percurso. Por cada sorriso, choro e “traquinice” que perdi.

À minha estrelinha que todos os dias brilha e ilumina o meu caminho.

À minha Zezinha por todo apoio emocional e horas de conversas e desabafos.

Ao Conselho de Administração da Unidade de Cuidados Continuados, onde foi realizado o estudo, pela autorização de participação dos seus profissionais no estudo, assim como pela permissão de realizar a entrevista no contexto real dos cuidados.

A todos os Enfermeiros que participaram no estudo, pois sem eles nada seria possível.

Sem mesmo aqui os referir todos sabem que foram importantes, todos os que de forma direta ou indiretamente me acompanharam.

A todos muito obrigado!



*“A morte, tua serva, bate-me à porta. Atravessou o mar desconhecido e trouxe o teu apelo à minha casa.*

*A noite é escura e o meu coração teme – ainda assim, pegarei na lanterna, abrirei os meus portões e dar-lhes-ei as boas vindas. É a tua mensageira que está à minha porta.*

*Hei-de venerá-la de mãos entrelaçadas, e em lágrimas.*

*Hei-de venerá-la colocando-lhe aos pés o tesouro do meu coração.*

*Voltará com a sua missão cumprida, deixando uma sombra escura na minha manhã; e neste lar desolado só restará o meu miserável eu como última oferenda a ti.”*

TAGORE, in Gitanjali, LXXXVI



## **Siglas, acrónimos e abreviaturas**

**CIPE** – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**CP's** – Cuidados Paliativos

**ECCI** – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

**ECL** – Equipa de Cuidados Local

**EGA** – Equipa de Gestão de Altas

**ERS** – Entidade Reguladora da Saúde

**IPO** – Instituto Português de Oncologia

**IPVC** – Instituto Politécnico de Viana do Castelo

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**p.** – página

**RNCCI** – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

**SFAP** – Sociedade Francesa de Acompanhamento de Cuidados Paliativos

**SNS** – Serviço Nacional de Saúde

**UMCCI** – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados





# Sumário

Introdução.....	23
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	25
1. O PROCESSO DE MORTE.....	27
1.1. Direito a uma morte digna.....	32
1.2. Morte VS Espiritualidade.....	35
2. O CUIDAR NO PROCESSO DE MORTE EM CUIDADOS CONTINUADOS.....	45
2.1. Cuidados Continuados .....	49
2.2. O Enfermeiro perante o processo de morte.....	51
2.3. Cuidar da Família no Processo de Luto.....	57
CAPÍTULO II – PERCURSO METODOLÓGICO .....	61
3.A PROBLEMÁTICA, QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS DO ESTUDO .....	63
4. TIPO DE ESTUDO .....	67
5. CONTEXTO DO ESTUDO.....	69
6. PARTICIPANTES NO ESTUDO .....	71
7. PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS .....	73
8. TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS.....	75
9. QUESTÕES ÉTICAS .....	79
CAPÍTULO III – AS EXPERIÊNCIAS DO ENFERMEIROS NO CUIDAR DA PESSOA EM PROCESSO DE MORTE NUMA UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS .....	81
10. Significado de processo de morte na perspetiva dos Enfermeiros .....	85
11. Intervenções valorizadas pelo Enfermeiro no cuidar da pessoa em processo de morte .....	87
12. Sentimentos/Emoções experienciadas pelos Enfermeiros.....	91
13. Fatores facilitadores no cuidar da pessoa no processo de morte .....	95
14. Fatores dificultadores no cuidar da pessoa em processo de morte .....	99
15. Implicações para a vida pessoal e profissional do Enfermeiro que cuida da pessoa no processo de morte.....	103

16. Estratégias mobilizadas pelos Enfermeiros para ultrapassar o sentimento de perda do doente .....	107
CAPITULO IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	109
CAPITULO V – CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS .....	123
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	127
ANEXOS .....	135
ANEXO I – AUTORIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	137
ANEXO II - DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO .....	141
APÊNDICES.....	145
APÊNDICE I - GUIÃO DA ENTREVISTA -.....	147
APÊNDICES II .....	151
- ANÁLISE DAS ENTREVISTAS – .....	151

## Índice de Figuras

<b>Figura 1</b> - Significado de processo de morte na perspetiva dos Enfermeiros.....	85
<b>Figura 2</b> - Intervenções valorizadas pelo Enfermeiro no cuidar da pessoa no processo de morte.....	87
<b>Figura 3</b> - Sentimentos/Emoções experienciados pelos Enfermeiros .....	91
<b>Figura 4</b> - Fatores facilitadores no cuidar da pessoa no processo de morte .....	95
<b>Figura 5</b> – Fatores dificultadores no cuidar da pessoa em processo de morte.....	99
<b>Figura 6</b> - Implicações para a vida pessoal e profissional do Enfermeiro que cuida da pessoa no processo de morte .....	103
<b>Figura 7</b> - Estratégias mobilizadas pelos Enfermeiros para ultrapassar o sentimento de perda do doente .....	107



## **Índice de Tabelas**

<b>Tabela 1</b> - Caracterização da população do estudo .....	71
---	----



## Introdução

Cuidar de quem não tem qualquer perspectiva de cura impõe ao enfermeiro uma forma de agir com maior sensibilidade, uma vez que é o elemento da equipa de saúde que permanece durante as 24 horas com o doente, partilhando com eles emoções, sentimentos, e satisfação das necessidades: físicas, psíquicas, emocionais e/ou afetivas e espirituais. Salienta, Hesbeen (2000) que cuidar é *“uma obra comum mas única, uma arte cujo resultado para uma pessoa só pode ser o fruto do encontro subtil entre diferentes competências, todas úteis, a seu tempo, ao processo empreendido.”*

Verifica-se, na atualidade, um aumento significativo da longevidade, consentâneo com o aumento das doenças crónicas e incapacitantes, o que proporciona aos enfermeiros um acompanhamento do processo de morte, exigindo o desenvolvimento de uma relação interpessoal, tal como aponta a Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos (SFAP), (2000) *“A função do cuidar só se pode exercer na relação com o outro, gravemente doente e por vezes a morrer. A relação entre o doente e o que cuida determina uma reação de cada um face ao outro”*.

Acompanhar o processo de morte assume um papel preponderante, na medida em que a morte se situa num horizonte próximo e o profissional de saúde, nomeadamente, o Enfermeiro terá que tomar decisões, por vezes, difíceis, colocando-lhe interrogações e provocando, em algumas circunstâncias, sentimentos de impotência e frustração.

Salienta Kübler Ross (2005) *“assistir à morte em paz de um ser humano faz-nos recordar uma estrela cadente, uma de milhões de luzes num vasto céu que brilha durante um curto instante para se extinguir para sempre na noite sem fim”*.

Torna-se premente a ressocialização da morte, dos cuidados paliativos de forma, a que a morte seja focada e diagnosticada para que esta seja aceite e não evitada.

Tendo por base esta reflexão e a nossa vivência pessoal e profissional, colocamos a questão de partida “Quais as experiências do Enfermeiro no âmbito do cuidar da pessoa em processo de morte numa Unidade de Cuidados Continuados?”.

Pretendemos com este estudo conhecer as experiências do Enfermeiro no âmbito do cuidar da pessoa em processo de morte numa Unidade de Cuidados Continuados, de modo contribuir para a melhoria dos cuidados à pessoa em processo de morte.

Este relatório encontra-se organizado em cinco capítulos. No primeiro capítulo procedemos ao enquadramento teórico em torno dos principais eixos norteadores da temática: o processo de morte e o cuidar no processo de morte em cuidados continuados.

Num segundo capítulo é apresentado o percurso metodológico, onde fazemos referência e fundamentamos as opções metodológicas que conduziram o desenvolvimento do estudo. De seguida, num terceiro capítulo procedemos à apresentação e análise dos dados e no quarto capítulo à discussão dos resultados e sua relevância. No último capítulo, surgem as conclusões e perspectivas futuras.



## **CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**



Numa época em que são desenvolvidos todos os esforços para que a vida seja vivida na sua plenitude, verificamos que a morte é ainda um tabu. De forma cultural, não estamos preparados, nem educados para lidar com a morte e o confronto com a mesma origina um período de introspecção caracterizado pela reflexão sobre o sentido da vida e sobre os nossos valores, quando afinal estamos num mundo em que quase sempre evitamos estas interrogações.

Encarar a morte é, hoje em dia, uma missão primordial para quem trabalha na área da saúde, na medida em que, se por um lado, o avanço da Ciência, o surgimento de novas tecnologias permite o prolongamento da vida, por outro, negligenciamos a qualidade do processo de morte ao tentarmos evitar que a morte aconteça.

Efetivamente, confrontar a inevitabilidade da morte é algo muito difícil, na medida em que o Enfermeiro terá que centrar todo o seu foco de atenção na Pessoa como um ser único irrepetível, com necessidades únicas. Salienta a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2003) que em relação às pessoas em fim de vida, *“o objetivo dos cuidados é preservar, não a integridade corporal ou a saúde, mas a dignidade humana”*.

Acompanhar o processo de morte é extremamente complexo, porque exige, tal como refere Collière (2003) conhecimentos fisiológicos, psicoafectivos e culturais indispensáveis para a prestação de cuidados “aos moribundos”, cuidados de acompanhamento por excelência que estão dependentes da iniciativa e da tomada de decisão por parte do Enfermeiro. Trata-se de uma experiência que coloca aos Enfermeiros muitos dilemas éticos, pois estes devem proteger a vida e, ao mesmo tempo, proporcionar uma morte digna.

## **1. O PROCESSO DE MORTE**

Concetualizar morte, nos dias de hoje, é algo diferente do que foi no passado, dado que o conceito se foi modificando ao longo dos tempos, devido às grandes mudanças verificadas ao nível dos valores, crenças e até atitudes.

Nos primórdios, a morte era olhada como um processo natural que acompanhava o envelhecimento, ou até mesmo era considerada um desígnio de Deus. *“Quando olhamos para trás no tempo e estudamos antigas culturas e povos, e impressiona-nos que a morte sempre tenha sido desagradável para o homem e, provavelmente, sempre o venha a ser no futuro. (...) Para o nosso inconsciente, é impossível imaginar um verdadeiro término para a nossa vida aqui na Terra; e, se essa vida tem de acabar, o seu desfecho é sempre atribuído a uma intervenção maliciosa externa, por parte de uma outra pessoa. Em termos*

*simples, no nosso inconsciente nós só podemos ser assassinados; é inconcebível morrer de causas naturais ou de velhice. Por essa razão, a morte é, em si mesma, associada a um acto malévolo, um acontecimento assustador, algo que requer uma retribuição e um castigo.”* (Kübler Ross, 2008, p.14)

A morte afeta cada um de nós, quando nos deparamos com a partida daqueles que gostamos e que amamos, até daqueles que são amigos imaginários e dos nossos vizinhos. Apesar da morte ser o nosso futuro, por vezes, necessitamos de tempo para termos essa percepção. (Davies, 2005, p.25)

Davies (2005, p.25) menciona que podemos considerar que a morte é encarada de quatro formas sendo elas “...*luto pessoal; a morte dos outros; consciência pessoal da morte e a nossa própria morte.*”.

Relativamente à morte, as abordagens filosóficas são o reflexo da sua origem cultural e constituem campo de discussão sobre a forma em como a autoconsciência do Homem reage face à morte.

Romeu apud Henriques [et al] (2007, p.15), “*as culturas primitivas encaravam a morte como acontecimento natural, que fazia parte da vida, assumindo-a como plenitude dessa mesma vida. Acreditavam na perpetuação da vida depois da morte e investiam os mortos de poderes especiais e supra – humanos*”.

Nos dias de hoje, verifica-se tal facto, dado que o processo de morte é evitado por todos nós, pois, uns encaram a morte como o surgimento de uma outra vida, mas para outros, esta é uma perda, ou seja, o desaparecimento de alguém para sempre. Cada um de nós vive essa experiência de acordo com a sua cultura, crenças ou religião.

A morte é entendida como a extinção da vida, sendo um processo lento e irreversível podendo ser verificado em todos os organismos que possuem vida. No entanto, este processo pode ser alterado devido a uma doença súbita ou não, ou até um acidente.

A vida e a morte afastam-se do controlo Humano e só através, por exemplo, do suicídio é que a pessoa tenta controlar de algum modo a morte. (Davies, 2005, p.26)

A morte do ponto de vista científico “*pode ser definida como a cessação da vida definida e irreparável*” segundo Romeu apud Martins, Franco e Fernandes (2007).

Desta forma, a morte real ocorre devido à paragem das funções vitais. No entanto, a morte não é algo exato nem determinável, pois para além da morte clínica ainda há órgãos que persistem no seu funcionamento *post-mortem*.

Nos dias de hoje, encaramos a morte, ainda, como algo misterioso, pois o Homem continua a ter receio daquilo que não conhece/domina. Apesar disso, esta é uma constante no ser vivo. O Homem tenta, através de diversos meios, superar os efeitos nefastos que a morte acarreta. Para isso, faz usufruto da sua espiritualidade e das suas convicções religiosas.

Com o evoluir dos tempos, a maior parte dos óbitos ocorre em ambiente hospitalar, conforme salienta Gonçalves (2006). Daí ser o Enfermeiro, em primeira instância, a ter contacto com o fenecimento. O que não acontecia em anos passados em que todo o processo de morte decorria em casa assim como o velório, agora as pessoas mais chegadas são afastadas deste processo, na tentativa de diminuir o sofrimento. Esta ideia é corroborada por Rodriguez e Pereira (2009, p.49) quando referem que *“ao morrer no hospital os doentes são acompanhados por profissionais excelentemente treinados para salvar vidas, mas com pouco tempo para fazer o acompanhamento digno quando o doente está a morrer”*.

Assim, não podemos falar da morte sem lhe associarmos os ritos. Deste modo, nas sociedades tradicionais destaca-se o coletivismo e nas modernas, o individualismo.

Para Pereira ritual é *“uma conduta formal prescrita em ocasiões não dominadas pela rotina tecnológica, e relacionada com a crença em seres ou forças místicas”*. Desta forma *“designam sempre comportamentos específicos relacionados com situações precisas, caracterizadas pela repetição, mas cuja função não é evidente.”* (Pereira, 1999, p.28)

A existência humana pressupõe vários rituais, entre eles o ritual da morte. Percorrendo a história da humanidade, encontramos registos de cadáveres humanos em posição fetal, os quais estavam em valas ou até no interior de cavernas, rodeados de pedras, podemos, com isto, constatar que ao longo das épocas o corpo morto foi e é alvo de ritos. Com facilidade, atualmente, mesmo variando de cultura para cultura observam-se as cerimónias de culto aos mortos.

Ao longo dos tempos, a morte é vivenciada pela sociedade conforme a sua cultura, classe social e família em que o indivíduo se insere. No passado, encarava-se a morte como algo natural, *“a boa morte era a que permitia àquele que ia morrer despedir-se dos entes queridos, arrumar os assuntos pendentes e, depois de se preparar, aguardar que finalmente chegasse. A família e os mais próximos teriam o papel de ajudar a morrer, não por medidas antecipatórias, mas pelo acompanhamento, pelo cuidado para com o moribundo. A morte repentina era sempre uma má morte, porque aquele que morria ainda não estava preparado”* (Raposo, 2003, p.93)

Atualmente, o que se anseia é uma morte súbita que não cause dor, nem sofrimento. Estes conceitos mostram-nos uma mudança da forma de viver a vida e encarar a morte.

No mundo moderno, o ser humano, devido ao modo de vida e à cultura que se alterou ao longo dos tempos, procura a fonte da juventude, da força e da imortalidade, por isso, recusa-se a aceitar o insucesso e a morte. Quando somos jovens e temos todo um projeto de vida pela frente, não pensamos nem aceitamos a morte. Por conseguinte, quando repentinamente surge uma adversidade e se confronta com a morte revela-se impaciente, agitado e revoltado.

Nesta sociedade vertiginosa, queremos cada vez mais afastar a morte. No entanto, se abordarmos o tema de forma objetiva com aqueles que nos são mais próximos, podemos encontrar formas de atenuar a perda.

Apesar da evolução da medicina e desta praticamente controlar a vida e a morte, as pessoas que estão em processo de morte, recorrem ao hospital com o intuito de prolongar a sua existência. Contudo, esta é inevitável e irreversível, tal como nos diz a sabedoria popular “*tudo o que nasce morre*”.

O Enfermeiro, na sua atividade profissional, deve estar preparado para lidar com a dicotomia vida/morte. Este está preparado para uma nova vida (o nascimento), assim como deverá, também, estar preparado para enfrentar o fim (a morte). A preparação deste vai interferir no cuidar do doente em processo de morte.

Refletir sobre a morte ao longo do ciclo vital numa perspetiva de enfermagem significa dedicar uma atenção muito especial ao que pensam, sentem e vivem os Enfermeiros perante a morte de alguém.

A morte é um tema controverso que suscita nos Enfermeiros sentimentos e atitudes diversas. Embora faça parte do ciclo natural da vida, a morte continua a ser um assunto polémico, por vezes, evitado e, por muitos, não compreendido, gerando medo e ansiedade. Uma vez que a enfermagem tem por base o compromisso com a vida, lidar com a morte pode tornar-se um acontecimento difícil e penoso, gerando uma multiplicidade de atitudes por parte dos Enfermeiros.

As atitudes face à morte diferem de cultura para cultura, de país para país, de região para região e, até, de pessoa para pessoa. Tal facto permite-nos concluir que a forma como reagimos à morte está dependente de uma multiplicidade de fatores que se relacionam, principalmente, com aspetos pessoais, educacionais, socioeconómicos e espaço-temporais.

Deste modo, sendo a morte inevitável e frequente nos serviços de saúde, nem todos os Profissionais de Saúde a compreendem, a acolhem e reagem da mesma forma. Confrontados com a doença grave e com a morte, os Profissionais de Saúde tentam proteger-se da angústia que estas situações geram, adotando estratégias de adaptação, conscientes ou inconscientes, designadas por mecanismos de defesa.

O Enfermeiro nunca se pode esquecer que a vida culmina na morte. Coloca-se a questão de realmente saber quando se inicia o processo de morte. Segundo Pacheco (2004), o processo que leva à fase terminal tem o seu início, normalmente, quando um indivíduo se dirige a um clínico para tentar compreender o que está na origem das suas queixas, pretendendo assim reaver a sua saúde. Após várias consultas e elaborados os exames complementares de diagnóstico, recebe a notícia de “ser portadora de uma doença incurável”. É a partir desse momento que passa a viver, intrinsecamente, ligado à ideia da presença da morte, reorganizando, assim, a sua vida em função da doença diagnosticada.

São estas situações terminais que se prolongam por muito tempo que nos devem preocupar, uma vez que são acompanhadas, quer pelo sofrimento físico, quer psicológico, quer social, quer espiritual. Assim, para se dar resposta a esta fase terminal da vida do doente, urge identificar as necessidades deste para, deste modo, se atribuir um significado a todo o processo de morte da pessoa e da respetiva família.

Cerqueira (2010) afirma que é nesta complexa teia do conceito de necessidades expressas e não expressas que é preciso valorizar para se conseguir proceder a uma intervenção no sentido de se proporcionar o bem-estar de quem é cuidado.

Não podemos esquecer que o modo como o indivíduo encara a proximidade da morte é única e depende de uma pluralidade de fatores, entre os quais a sua personalidade e a forma como encarou os diferentes problemas/crises no seu passado, a maneira como vai encarar o diagnóstico e o prognóstico dado pelo médico dependerá do suporte familiar que dispõe, e, ainda, da relação que estabelece com o profissional de saúde, entre outros que poderão conjugar-se das mais diversas formas (Pacheco, 2004).

Assim, o profissional de saúde, nomeadamente, o Enfermeiro tem como compromisso o ajudar a morrer com dignidade. O Código Deontológico do Enfermeiro tem o artigo 87, subordinado ao tema *“Do respeito pelo Doente Terminal – O Enfermeiro, ao acompanhar o doente nas diferentes etapas da fase terminal, assume o dever de: a) defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem na fase terminal de vida; b) respeitar e fazer respeitar as manifestações de*

*perda expressas pelo doente em fase terminal, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas; c) respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte”* (OE, 2003, p.125).

A alínea a) deste artigo leva-nos para uma análise da morte ao longo dos tempos na qual constatamos a inoperância do direito da pessoa em fim de vida. Ao Enfermeiro *“atribui-se-lhe o papel “advogado” do doente, aquele que assegura, defende os seus direitos, os seus desejos e a sua vontade, e zela por que sejam respeitados”* (OE, 2003, p.127).

Sabemos que as diferentes leituras sobre o processo de morte e a morte têm determinado diferentes interpretações do modo como estes acontecimentos são enfrentados, bem como a assistência ao doente em processo de morte.

### **1.1. Direito a uma morte digna**

A dignidade da pessoa humana é uma das pertinentes questões da nossa sociedade, atingindo inúmeros valores. É um conceito ajustado à crescente evolução da sociedade, devendo, assim, estar em conluio com as diferentes necessidades do ser humano.

Vieira (2014, p. 45) enuncia que *“a morte é das experiências mais naturais que há tal como nascer. Não é facilmente compreendida e vivida pelo homem contemporâneo mergulhado num universo médico-técnico que oferece a ilusão de uma vida sem fim (...) se precisássemos de começar agora a refletir sobre o conceito de dignidade parece-nos essencial refletir sobre o lugar onde hoje se encontra inserido: a medicina (...) o conceito de dignidade entende-se apenas entre dois polos, a noção estética e a realidade do domínio, leia-se de todas as faculdades (...) esta noção de dignidade conduziria a um impasse, uma vez que seria mais corajoso pedir a morte “com dignidade”, do que aceitar submeter-se a persistir numa vida tornada indigna”*.

Várias são as questões que se colocam acerca da ideia de dignidade humana, que acompanha o ser humano ao longo da sua vida, a sua finitude e a vulnerabilidade do corpo e da mente são sinais do Homem, ou seja, o destino que é comum a todos. A dignidade humana representa o mistério e o desafio da vida. Mistério, pela incapacidade humana de compreender no seu todo o processo da existência, o desafio pela ambição constante de dominar a morte e prolongar a vida.

A evolução da ciência e da medicina alargaram os limites da vida em todo o mundo. Contudo, o humano vive para morrer. A mortalidade não tem cura. É nessa junção entre a vida e a morte, entre o conhecido e o desconhecido, que se originam os medos hodiernos. Antigamente, temiam-se as doenças e a morte. Hoje em dia, teme-se, o prolongamento da vida em agonia, a morte adiada, atrasada, mais sofrida. Neste sentido,



toda o ser humano tem direito a uma morte digna. Do mesmo modo que a nossa vida se realiza por etapas, estas, também, se encontram no processo de morte.

Segundo Kübler Ross (1986) as etapas de aproximação da morte, são:

**“Choque** – o doente sente que o momento da morte está eminente, toma consciência dele, pressente que o desenlace se aproxima;

**Recusa ou negação** – ainda tem um certo tempo. Afinal não é nada disto que estou a pensar. Posso ainda, viver, o tempo de que disponho ainda me ajuda a realizar alguns projetos;

**Cólera** – apesar do tempo que lhe resta, aos poucos ele vai-se dando conta do desenlace. Tinha muita coisa para fazer. Os seus projetos não vão ser cumpridos. Sente que uma grande revolta o invade perante a luta que trava entre a vida e a morte que se aproxima;

**Negociação** – esta fase, uma vez que sente a não realização dos projetos, faz-lhe talvez ganhar tempo. Para eu ainda ganhar um certo tempo é necessário que o enfermeiro ou médico me façam isto ou aquilo. Tenta a aproximação. Ainda lhe sobram uns momentos, luta pela vida e pelos projetos que tem de realizar;

**Tristeza/ depressão** – feita a aproximação o contrato já está feito e foi aceite, o doente entra em tristeza e depressão. Não fala dos seus projetos, falta-lhe força, luta pela vida, mas acima de tudo resta-lhe alguma coisa;

**Aceitação** – o que lhe resta? Aceitar a morte, as forças diminuíram, já tudo se fez.”

Pacheco (2004) diz que se pode considerar uma pessoa em fim de vida, quando se consideram, entre outros, os seguintes aspetos: *“Existência de uma doença crónica ou incurável e de evolução progressiva; Ineficácia comprovada dos tratamentos; Esperança de vida relativamente curta; Perda da esperança da recuperação”*.

O vocábulo terminal tem implícito um caminho para um sentido final. Deste modo, ao falarmos em doente em processo de morte, como já foi abordado anteriormente, queremo-nos referir a uma pessoa que recebe a notícia de *“ser portadora de uma doença incurável”*.

No início, os cuidados Paliativos eram só destinados aos doentes com cancro, e em estádios terminais. No entanto, atendendo às questões de igualdade, justiça, e acesso aos cuidados de saúde, doenças como SIDA, passaram a fazer parte das patologias cujos doentes necessitavam de apoios semelhantes e benefícios dos Cuidados Paliativos de qualidade. (Neto, 2010).

Os doentes que estão a vivenciar este processo de doença, apresentam necessidades de vários níveis, não sendo estes exclusivamente de nível físico, surgem, também, necessidades de pendor psicológico, social e espiritual, dado que cada um é um ser único, devendo os cuidados prestados serem dirigidos para tentar colmatar as respetivas necessidades.

Com o prolongar da doença, o doente vai tendo períodos de alteração do estado clínico que podem situar-se entre a melhoria e um período estável, até períodos de grande sofrimento. A experiência tem mostrado que, à medida que a doença evolui, os momentos de agudização são mais frequentes e com aumento de intensidade, o que leva o doente a consciencializar-se que a morte está próxima, tendo assim uma panóplia de sentimentos e emoções fortes. Sabemos que pensar na nossa própria morte nada tem a ver com a dos outros. Para atenuar este caleidoscópio de emoções é fundamental que os cuidados sejam direcionados para os problemas já identificados, no sentido de ajudar o doente a conseguir manter um elevado potencial físico, psicológico, social e espiritual por mais limitados que estes se tenham tornado em virtude da progressão da doença.

Apresentamos a seguir os direitos do doente em fase terminal para que se possa refletir e assim conscientemente tomar os devidos cuidados.

Em 1975 surgiu em Lansing-Michigan a **Carta dos Direitos do Doente Terminal**. Esta tem como objetivo assegurar as reais necessidades das pessoas que se aproximam da morte e ainda sensibilizar os profissionais de saúde para os requisitos essenciais de um melhor cuidar da pessoa em processo de morte. Todas essas necessidades devem ser respeitadas, a saber:

- *“ser tratado como pessoa até ao momento da morte, o que implica a prestação de cuidados individualizados, tendo em conta que o doente é uma pessoa, única em caráter, personalidade, passado, cultura, hábitos, valores e convicções que devem ser respeitados;*
- *Expressar os seus sentimentos e emoções relacionadas com a proximidade da morte, o que implica ser ouvido, compreendido e poder partilhar com os amigos, familiares e profissionais de saúde todas as suas preocupações, para o que é necessário um clima de abertura e verdade;*
- *Manter um sentimento de esperança e ser cuidado por pessoas capazes de ajudar a alimentá-la, e que pode ir desde a esperança de conseguir a cura, até outro tipo de esperança menos “ambiciosa”, como seja a viver mais algum tempo, de não sofrer, de ter, de ter uma morte serena, ou ainda a esperança da morte não ser simplesmente o fim de tudo;*

- *Manter e expressar a sua fé, ou seja, poder discutir e partilhar as suas convicções religiosas, mesmo que sejam diferentes das dos outros, o que implica a liberdade de ter a assistência religiosa que deseja. E mesmo quando o doente não professa qualquer religião tem também o direito de prescindir de qualquer assistência religiosa;*
- *Ser cuidado por pessoas competentes e sensíveis, que compreendem as suas necessidades e prestem cuidados correspondentes, tecnicamente corretos e com sensibilidade humana, mesmo que seja evidente que a cura já não é possível;*
- *Não sofrer indevidamente, o que inclui o alívio da dor e da restante sintomatologia, a prestação de cuidados proporcionados em relação aos resultados esperados, e também todo o apoio psicológico que possa contribuir para diminuir o sofrimento;*
- *Receber respostas adequadas e honestas às suas perguntas, participar em todas as decisões que lhe dizem respeito, e decidir livremente sobre o seu tratamento, após ser devidamente esclarecido;*
- *Manter a sua hierarquia de valores e não ser discriminado pelo facto das suas decisões serem diferentes das que tomariam as pessoas que o cuidam;*
- *Ter o conforto e a companhia dos seus familiares e amigos ao longo de todo o processo de doença e no momento da morte, e nunca morrer só;*
- *Morrer em paz e com dignidade.” (Pacheco, 2004, p.91).*

Segundo os Direitos do Doente Terminal, *“todo o doente tem o direito de morrer em paz e dignidade, tal como é o principal objetivo dos Cuidados Paliativos, ou seja, o doente deve morrer confortável, sem dor, acompanhado pelos seus próximos, com a sensação que fez tudo o que queria fazer. Este direito é no fundo, a conclusão de todos os Direitos acima referidos.”*

Assim, devemos respeitar todos os direitos que fazem parte do doente na sua fase terminal para que assim ele possa acabar o seu tempo com dignidade e, também, morrer com essa mesma dignidade. Algumas dessas necessidades do doente em processo de morte assume uma importância fulcral nos seus direitos, como, por exemplo, o direito a saber a verdade, a ser informado, a poder consentir ou recusar o tratamento.

## **1.2. Morte VS Espiritualidade**

A morte está intimamente ligada com a espiritualidade. Esta é *“a qualidade do que tem ou revela intensa atividade religiosa ou mística; tudo que tem por objeto a vida espiritual”*, por outro lado, morte significa *“separação entre a alma e o corpo, que marca a passagem a outro estágio espiritual ou à vida eterna”*. (Houaiss, 2011, p.1618)

Daí a importância de refletirmos sobre estes dois temas para que possamos acompanhar os nossos doentes nas suas necessidades espirituais, permitindo que haja, também, da parte do Enfermeiro uma evolução pessoal e profissional.

Embora se constata uma justaposição do conceito de espiritualidade e de religião, eles diferem um do outro, então, o Enfermeiro deverá fazer uma diferenciação dos dois.

Religião é “culto prestado a uma divindade; crença na existência de um ente supremo como causa, fim ou lei universal” (Houaiss, 2011, p.2001). A pessoa vai ter em si algo em que crê, podendo ser o seu “Deus” ou não.

Não deve haver por parte do Enfermeiro mescla entre necessidades religiosas e espirituais. No entanto, deve-se preocupar com as necessidades religiosas e espirituais do doente para que possa compreendê-lo e ajudá-lo nesta fase final, pelo que é de extrema importância o conhecimento da religião do indivíduo, pois cada religião tem os seus rituais em determinados acontecimentos da vida deste. “Antigamente, mais pessoas pareciam acreditar em Deus sem o questionar; acreditavam na vida após a morte, que aliviaria as pessoas do seu sofrimento e da sua dor. Havia uma recompensa no céu, e se tivéssemos sofrido muito aqui na Terra, seríamos recompensados depois da morte segundo a coragem e graça, paciência e dignidade com que tivéssemos suportado o nosso fardo. O sofrimento era mais comum, tal como o parto era um acontecimento mais natural, longo e doloroso...” (Kübler Ross, 2008, p.27).

Segundo Frias apud Stoter (2003, p.263) o cuidado espiritual “diz respeito a toda a acção empreendida no acto de cuidar, direccionada ao respeito dos valores e crenças pessoais, com certeza de que ele constitui uma verdade absoluta na afirmação das necessidades de cada pessoa a aceitação das perspectivas individuais e atitudes desenvolvidas durante a sua vida.”.

Face ao exposto, as pessoas satisfazem a sua veia espiritual ao socorrerem-se de uma religião e da respetiva prática religiosa a qual a conforta, através do ritual e da crença. Deste modo, a religião pode ser o caminho para a expressão da espiritualidade. Com efeito, pode-se alcançar a plenitude espiritual sem qualquer prática religiosa.

A espiritualidade é um conceito muito mais abrangente, pois, a dimensão espiritual de um ser transcende as suas dimensões físicas/psicossociais, dando uma orientação à vida. Qualquer um de nós possui a sua espiritualidade, podendo ou não, ter um credo religioso.

A grande evolução da ciência, da tecnologia e da economia não avançam a par do cultivo da qualidade humana. O Homem vive envolvido no seu dia-a-dia e vai esquecendo as suas prioridades, nomeadamente, a sua vida espiritual (Paldrön, 2004).

Para Twycross (2003, p.57) a *“espiritualidade não se limita a uma dimensão isolada da condição humana no mundo, mas sim à vida na sua globalidade (...) a espiritualidade está assim ligada: ao significado e finalidade da vida; à interligação e harmonia com as outras pessoas, com a Terra e com o universo; a uma correcta relação com Deus/Realidade Última”*.

Dado que somos de forma inata seres espirituais é normal que procuremos o sentido e a compreensão da vida, numa busca incessante e mais acentuada, quando a pessoa se encontra no fim da vida. A espiritualidade é a qualidade daquilo que é espiritual, imaterial, incorpóreo, sobrenatural e místico. Barbosa (2010, p.624) diz que *“a espiritualidade pertence ao domínio interior do homem, é uma experiência pessoal e íntima, é uma consciência ou percepção de si próprio no Universo. No interior de cada ser humano há uma misteriosa e profunda motivação espiritual, seja ou não consciente, de relacionar-se com a transcendência e de compreender a sua presença no mundo e nos acontecimentos da vida”*.

É neste sentido que o Homem mergulha no cerne do seu ser, faz uma revisão da sua vida e interroga-se sobre o sentido dela verificando a sua fragilidade (Twycross, 2003).

Na fase terminal, existem muitos doentes que precisam/necessitam de ajuda espiritual no sentido de colmatar/procurar respostas para as dúvidas que os assolam naquele momento tão doloroso, e que segundo Twycross (2003, p.58) se direccionam para:

- *Significado do sofrimento e da dor: “Porque tenho que sofrer?”, “Porque me aconteceu isto?”*
- *Significado de valores: “Qual o valor do dinheiro, dos bens materiais e do estatuto social?”, “O que é que a minha vida possui de valioso?”*
- *Procura de Deus: “Existe um Deus?”, “Porque é que Deus me deixa sofrer assim?”*
- *O significado da vida: “Que significa a vida quando se sofre de uma doença grave?”, “Que vale tudo isto?”, “Qual a minha relação com Deus?”*
- *Sentimentos de culpa: “Fiz muitas coisas erradas. Como poderei corrigi-las?”, “Poderei obter perdão?”*
- *Vida depois da morte: “Existe vida depois da morte?”, “Que posso fazer para acreditar na vida depois da morte?”, “Como é a vida depois da morte?”*

Pode-se definir Espiritualidade como uma propensão humana na procura do significado para a vida, através de conceitos que ultrapassam a compreensão, ou seja, um sentido de ligação com algo que o transcende a si próprio, podendo ou não incluir uma participação religiosa.

Não podemos esquecer que religiosidade e espiritualidade, apesar de intimamente ligados, não são sinónimos. Assim, a religiosidade envolve a sistematização de culto e doutrina partilhados por um grupo, com outra conotação, a espiritualidade tem como referência a questão sobre os significados os desígnios da vida, como crença em aspeto espiritualista para justificar sua existência e significados.

Esta simbiose entre a pessoa como ser aberto que interage com o meio externo, possuindo linhas de energia que conserva a harmonia entre o interior e o exterior leva-nos a acreditar que não somos apenas corpos, mas também espíritos, daí a necessidade de cuidarmos também da espiritualidade

A enfermagem sempre teve na sua prática a preocupação de assistir o cliente em todas as suas necessidades, incluindo as espirituais, contudo, tem tido dificuldade em diferenciar a espiritualidade dos aspetos religiosos. Revendo a História da Enfermagem, o seu exercício esteve a cargo de religiosas, em diferentes épocas e lugares.

Barbosa (2010, p.608) afirma que *“o profissional de saúde confrontado com manifestações explícitas ou implícitas de espiritualidade no doente deverá desenvolver uma atitude para a espiritualidade que passa por três posições fundamentais:*

- *“Estar desperto” num processo de abertura atenta que permita identificar recursos internos potenciais, relacionados ou não com sistemas de crenças ou sistemas de apoio comunitário ou social.*
- *“Estar presente” num movimento de compaixão focada, desenvolvida por uma proximidade física e uma atenção total ao doente, muitas vezes transcendendo modos de comunicação explícitos. Consiste na intencionalidade para uma abertura ao curso de vida do doente, da experiência única da sua doença, à compreensão da perspectiva do doente sobre a sua doença, incorporando os pontos de vista da família e amigos próximos, respondendo a perguntas numa atitude de encorajamento e de transmissão do sentimento de confiança, condição para um “estar envolvido”.*
- *“Estar envolvido”, numa entrega/conexão que implica o estabelecimento de ligações várias (consigo, com os outros, com o Mundo) em processos interpessoais de grande fluidez conjunta com doentes, familiares e profissionais de saúde, que possam conduzir ao estabelecimento de um plano holístico de cuidados, centrado na manutenção da humanidade e dignidade do doente.”*

Em suma, a Espiritualidade desempenha um papel fulcral para que o doente possa enfrentar as adversidades da doença e/ou fase terminal, tendo sempre em mente as

dimensões física, psicológica, social e espiritual que, muitas vezes, surgem juntamente com a doença que ameaça a vida.

Espiritualidade e religião complementam-se, mas não se devem confundir, uma vez que a religião é a manifestação mais alta da espiritualidade. Constatamos que há quem cultive a espiritualidade sem se identificar com uma religião, como, por exemplo, o budismo.

As religiões, em princípio, deveriam ser fonte e expressão de espiritualidade, mas nem sempre isso ocorre. Em geral, a religião apresenta-se como um catálogo de regras, crenças e proibições, enquanto a espiritualidade é livre e criativa. Na religião, predomina a voz exterior, da autoridade religiosa. Na espiritualidade, a voz interior, o “toque” divino.

No que concerne aos cuidados ao utente, devemos ter em conta a sua religião. O Enfermeiro deve ter como princípio o conhecimento das crenças e religião do utente a fim de, na sua prestação de cuidados ao paciente, ir ao encontro do seu conforto pessoal e espiritual.

Existe uma diversidade de religiões que devem ser alvo de conhecimento por parte do profissional de saúde, mais especificamente do Enfermeiro, pois sendo este aquele que está mais tempo com o utente, muito provavelmente será este o que o assiste/apoia no processo de morte, assim como no momento da morte. Este apoio será feito, quer ao utente, quer à família.

Sabemos que há em todas as sociedades costumes e crenças sobre a morte, apesar da evolução rápida da ciência, o facto é que as pessoas morrem e esta pouco ou nada nos trouxe sobre a morte e do modo como entristecemos com esta. Cada vez mais a nossa capacidade para enfrentar a morte diminui, assim como a nossa confiança nos rituais que a acompanham. Contudo, esta visão é totalmente enganadora, pois todas as religiões do mundo sofrem constantes alterações no seu sistema de crenças, conforme, ao longo dos tempos são influenciadas pelas culturas onde se expandiram. Constatamos, hoje em dia, que várias e diferentes religiões coexistem no mesmo local. (Parkes [et al], 2003).

Numa sociedade cada vez mais globalizada é importante que nós, profissionais de saúde, possamos compreender o indivíduo e saber o que ele verdadeiramente necessita na sua fase terminal, analisaremos, então, de seguida, de forma breve e concisa algumas das religiões e o respetivo processo de luto.

Davies (2009, p.29) refere que *“cada uma das grandes religiões do mundo tem o seu próprio conjunto de teologias ou reflexões formais sobre a ideia do divino e das relações humanas-divinas. Toda a questão da conquista da morte tem sido uma preocupação dominante no Cristianismo, com a sua noção da ressurreição dos mortos, e também em*

*algumas partes do judaísmo do Islamismo. O Hinduísmo, o Budismo e o Sikhismo favorecem algum aspecto da transmigração da alma (...) A história da teologia da morte encontra-se também intimamente associada aos rituais da morte já que, nas religiões, a morte não é apenas ou principalmente uma questão de reflexão filosófica mas de acção ritual e do relatar de experiências mais altas de veneração no caso específico da morte”.*

### **Hinduísmo**

Na religião hindu, quando uma pessoa se encontra em fase terminal é muito comum que a esposa e/ou parentes próximos se dediquem a rezar, jejuar para agradar aos deuses, para que estes devolvam a saúde ao enfermo.

Segundo o “Manual da Assistência Espiritual e Religiosa Hospitalar” (2010, p.15) refere que *“nesta confissão não se opõem à autópsia, preservação ou mesmo doação de órgãos (desde que seja para benefício do próximo). Normalmente, após a libertação da alma (morte física), os Hindus são incinerados, no entanto os nado-mortos e crianças até aos dois anos de idade são sepultados. Há certos rituais feitos nesta fase terminal como por exemplo: a Água do Ganges, que é sagrada, é colocada na boca do defunto acompanhado de recitação de mantras”.*

O “hinduísmo é a principal religião na Índia, o enfermeiro ao cuidar de um utente hindu”, é importante que saiba que os hindus *“baseiam-se na crença do Espírito Supremo, do qual a vida é originada”.* Um outro aspeto relevante para esta religião é *“no que respeita à saúde reflete a aceitação das práticas modernas da medicina, os hindus suportam a doença com resignação, vendo a morte como sinónimo de renascimento.”.* (Romeu apud Nunes, 2007, p.36)

### **Judaísmo**

No Judaísmo os mais importantes mandamentos referem-se a honrar os mortos e reconfortar os indivíduos em luto.

Segundo o “Manual da Assistência Espiritual e Religiosa Hospitalar” (2010, p.19) deve-se *“avisar a família mal se perceba que a morte está iminente, para que caso seja o seu desejo esta possa proporcionar o acompanhamento na morte, seja por um familiar, seja por um membro da Comunidade ou pelo Rabino. Deve ser facilitado o acesso e alguma privacidade. Após o falecimento, fechar a boca e os olhos (...) retirar alianças, anéis e outras joias. Não retirar material de penso que tape feridas não cicatrizadas. Envolver o corpo num lençol lavado, tendo o cuidado de tapar a cara e levar para local apropriado*



*até poder ser levantado pela família ou pela comunidade Judaica.”. No que concerne às autópsias “se não for obrigatória, autópsia médico-legal, falar com a família ou com o representante da comunidade Judaica a fim de obter instruções”.*

Romeu apud Nunes (2007, p.37) refere que a prática do judaísmo “*é quase mundial, com maior concentração em Israel e nos Estados Unidos. O Judaísmo consiste num espectro de práticas que vão do ultra conservador ao ultra-liberal. As diferenças consistem principalmente na forma como a pessoa observa mais ou menos fielmente as muitas regras e, proibições indicadas para a vida diária, especialmente no que respeita aos regulamentos da dieta e do Sabbath. O judaísmo enfatiza o comportamento ético e, entre os que seguem, a obediência cuidadosa aos rituais como a verdadeira adoração a um Deus. É uma forma de monoteísmo – a crença de que existe um só Deus. O Sabbath, tempo para restaurar das forças espirituais, vai desde o entardecer de sexta-feira até pouco depois do pôr-do-sol de Sábado. As regras de dieta podem ter um papel importante nos cuidados ao utente. Os judeus ortodoxos e conservadores cumprem rigorosamente as leis dietéticas e apenas consomem uma dieta kasper*”.

Durante o luto, a comunidade Judaica só se pode alimentar de carnes de animais ruminantes (bovinos e caprinos), aves (galinha e pato), e peixes com escamas. Os produtos de origem suína e derivados, assim como os crustáceos são alimentos proibidos. Além destas restrições alimentares, devem ter o cuidado de não consumir leite e carne na mesma refeição.

Romeu apud Pimentel (2007, p.38) “*não se deve deixar sozinha uma pessoa de fé judia que esteja a morrer. Sempre que possível devem estar presentes a família e o rabino, quando parece que um utente vai expirar em breve. Se uma pessoa judia morrer num Sabbath, não se pode mover o corpo até ao pôr-do-sol, excepto por uma pessoa não judia*”.

*“Após a morte o corpo não pode ser tocado e os membros da comunidade judaica virão levá-lo e amortalha-lo. Se se tornar inevitável a remoção do corpo por um enfermeiro não judeu, este deve usar luvas para evitar o contacto com o cadáver”* (Pimentel, 1992, p.38).

## **Budismo**

Em todo o mundo, o Budismo é a religião mais orientada para a psicologia. É o budismo que mais tem realçado o princípio da transição e transformação de todos os seres existentes e forças, no inevitável ciclo da vida (nascimento, morte, renascimento e sofrimento).

*“De todas as principais religiões o Budismo tem sido, tradicionalmente, percebido como possuidor de uma afinidade especialmente próxima com a morte” (Parkes [et al], 2003, p.91).*

As crenças relacionadas com os cuidados de saúde estão em grande sintonia com a ciência. Não existe castigo divino, pois tudo o que acontece depende da lei da causalidade e então, a doença é uma prova para ajudar ao desenvolvimento da alma. O doente budista sente que a recuperação está muito dependente dos laços familiares, portanto, se a enfermidade ou a morte iminente levam à hospitalização, os familiares devem ficar juntos deste para dar apoio emocional.

Segundo o “Manual da Assistência Espiritual e Religiosa Hospitalar” (2010, p.11) *“o moribundo deve ser colocado em decúbito lateral direito e de preferência ser acompanhado por um monge ou budista credenciado antes e depois da morte. Após a morte o corpo é deixado, sempre que possível, em repouso durante dois ou três dias sem ser tocado. Caso seja de todo impossível, o corpo deve ser tocado em primeiro lugar no topo da cabeça”.*

Nunes (1995, p.223) diz que *“os budistas aceitam a morte de uma forma tranquila, preferindo conhecer as expectativas de vida, de forma a poderem preparar-se devidamente para a morte. A morte conduz à reencarnação. O moribundo pode desejar estar desperto e lúcido, recusando analgésicos, por não querer morrer com a mente “enevoada”... praticam como último ritual cantar à volta do leito do defunto. O corpo é cremado”.*

## **Cristianismo**

Devido às várias religiões cristãs, o Enfermeiro deve ter conhecimento prévio da fé pessoal do utente, dado que, a maior parte destes exprime o desejo de que o Enfermeiro lhe preste cuidados espirituais através da sua prática de cuidados e partilha das orações. Para Nunes (1995, p.223) *“durante o internamento, os utentes podem desejar receber o sacramento da reconciliação (confissão dos pecados) e da comunhão”.*

Também o “Manual da Assistência Espiritual e Religiosa Hospitalar” (2010, p.13) enuncia-nos que na religião cristã deverá proceder-se à *“administração do Viático por um sacerdote – última comunhão eucarística sob as formas do pão e do vinho (ou só deste se o doente não puder engolir alimento. Um ministro ou um leigo mandatado para tal pode fazer a Encomendação dos Moribundos na iminência da morte; logo após a morte, pode fazer-se a Encomendação da alma. A autópsia é permitida segundo os procedimentos*

legais. A doação de órgãos é admitida e vista favoravelmente; o mesmo quanto à dádiva do cadáver. Juntar as mãos do defunto”.

Pimentel (1992, p.29), o pensamento cristão, *“assume e situa a morte como um eixo Central de todo o significado da vida, um acontecimento pessoa por excelência. A morte é a passagem que conduz à ressurreição e valoriza a vida. É a prova suprema pela qual tem que se passar para conseguir ver Deus. O cristão acredita que o seu corpo ressuscitará e que, corpo e alma encontrarão a felicidade eterna se o merecer em vida”*.

## **Islamismo**

O islamismo acredita estritamente no monoteísmo; Deus, conhecido por Allah, o criador do universo, é todo-poderoso, justo e misericordioso. Acreditam que todos aqueles que sinceramente se submetem a Deus regressam ao estado de inocência. No final dos tempos, os inocentes vão para o paraíso, um lugar de prazeres físicos e espirituais e os pecadores vão arder no inferno.

Os muçulmanos não têm padres: a sua relação é feita diretamente com Deus. Nunes (1995, p.223) expõe que se *“deve proporcionar-se ocasião para a confissão das falhas, antes da morte, se possível com a presença da família. Após o falecimento, a família segue um procedimento específico para lavar e preparar o corpo. Podem mesmo opor-se à autópsia”*.

Segundo o “Manual da Assistência Espiritual e Religiosa Hospitalar” (2010, p.17) descreve que *“no termo da vida, a confissão de fé em árabe: «há só um Deus Allah e Maomé é o seu mensageiro» deve ser formulada pelo Doente ou então por um dos seus entes próximos. O pessoal autorizado, após o falecimento poderá tocar no corpo do defunto em particular para remover, sempre que possível, todos os corpos estranhos (...) Geralmente, são os familiares próximos que se encarregam do ritual de vestir. As mulheres lavam o corpo das mulheres e os homens dos homens. O corpo é sempre manuseado com decência e respeito. As partes íntimas são cuidadosamente cobertas. Em princípio, em Lisboa, este ritual é feito na Mesquita Central de Lisboa para onde o corpo é transferido. O corpo é sempre enterrado. O Islão não permite a cremação. É autorizada a autópsia por razões médico-legais ou clínicas. Neste ultimo caso, deve ser obtida a autorização dos familiares”*.

Como já vimos, os princípios fundamentais para o cuidar são instituídos holisticamente, sendo que, a vertente espiritual é parte integrante da pessoa. Cuidar, não é, somente, o ato da prestação de cuidados, mas engloba a componente pessoal, moral e espiritual.

Desta forma, o respeito, compreensão e satisfação das necessidades do doente são ferramentas indispensáveis para um cuidar com dignidade.

## 2. O CUIDAR NO PROCESSO DE MORTE EM CUIDADOS CONTINUADOS

O cuidar e o cuidado são usados com sentidos diferentes e de grande abrangência pelo que a definição de ambos, apesar de ser alvo de inúmeras dissertações e teorias, nem sempre é específica e clara pelo que devemos prescindir de algum tempo para procedermos ao seu aprofundamento.

O cuidar faz parte de todas as etapas do ciclo da vida. É parte integrante do ser humano e das suas necessidades de sobrevivência que se traduz no cuidar de si e do outro. Collière (1999, p.235) diz que cuidar “*é, primeiro que tudo, um ato de VIDA, no sentido de que representa uma variedade infinita de atividades que visam manter, sustentar a VIDA e permitir-lhe continuar...*”.

Da mesma forma, a Ordem dos Enfermeiros (2001, p.8) diz que “*a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue*” é o foco do cuidar em Enfermagem.

Hesbeen (2000, p.37) afirma que cuidar é conseguir “*combinar elementos de conhecimento, de destreza, de saber-ser, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém na sua situação singular. A ciência permite estabelecer conhecimentos globais, que dizem respeito às pessoas em geral (...) A arte do terapeuta é que lhe permite apoiar-se em conhecimentos estabelecidos para as pessoas em geral com vista a apropriar-se deles para prestar cuidados a uma pessoa única*”.

O princípio da dignidade humana é um valor moral inerente à espécie. Biscaia e Osswald (1996, p.361) diz-nos que “*...o direito do doente ao conhecimento de doença refere-se à fundamental e irrepetível dignidade da pessoa humana e a uma concepção do homem que postula a capacidade de afrontar lucidamente as contrariedades das suas circunstâncias biológicas; pressupõe ainda o conhecimento da verdade como condição da sua liberdade e da sua autonomia*”.

Pessoa em processo de morte é alguém que tem uma doença crónica e sem possibilidade de cura, com agravamento dos sintomas cuja morte se espera para próxima, o que lhes confere o cuidar Paliativo. Os cuidados prestados a estes devem dirigir-se às necessidades da pessoa/família e basearem-se na filosofia dos cuidados Paliativos já que são “*...cuidados ativos e interdisciplinares prestados aos doentes com doença avançada, incurável e progressiva, integrando o controlo de sintomas, o apoio à família e comunicação adequada*” (Neto, 2010, p.27). Cuidar em processo de morte tem como finalidade atenuar o sofrimento e aumentar a qualidade de vida e da morte.

O cuidar em enfermagem engloba, então, os valores que estão associados ao respeito e admiração pela vida e pelo seu mistério, concentrando-se na totalidade da “*persona*”,

assumindo a pessoa como um todo uno e íntegro, incluindo todos os fatores, a saber, o biológico, o psicológico, o social, o cultural e espiritual, para que se consiga o bem-estar global, do todo, numa atitude de consideração pela totalidade da sua individualidade (Watson, 2002).

É essa posição de completa abertura e respeito que é primordial na elaboração de relação de cuidado, sendo esta capaz de proporcionar um ambiente que traduz a confiança, a calma, o conforto e o bem-estar, podendo o doente encontrar respostas para os seus problemas/necessidades (Pacheco, 2004).

Hesbeen (2004, p.13) refere-se ao cuidar como um modo de *“ajudar uma pessoa a encontrar um modo de vida com significado, numa determinada situação em que se encontra, e qualquer que seja o estado do seu corpo”*.

O cuidar, como ideal moral de enfermagem, deve ser desenvolvido com o fim de proteger, engrandecer e preservar a dignidade do ser humano.

Frias (2003) refere que *“nós por vezes falamos como se o cuidar de alguém não exigisse conhecimentos, como se o cuidar de alguém, por exemplo, fosse simplesmente uma questão de boas intenções ou de um olhar afectuoso... para cuidar de alguém eu preciso de saber muitas coisas. Eu preciso de saber, por exemplo, quem é o outro, quais são as suas capacidades, limitações e quais são as suas necessidades, e o que é favorável ao seu crescimento; eu preciso de saber como responder às suas necessidades e quais são as minhas próprias capacidades e limitações. Este conhecimento é simultaneamente geral e específico”*.

No entanto, e apesar de todo o conhecimento, constatamos que o modelo biomédico é desenvolvido pela maioria dos profissionais de saúde, mas a importância do tratar fez quase descurar o verdadeiro cuidar (Pacheco, 2004). Deste modo, a preocupação imediata consiste na eficácia do tratamento, a cura e o controlo da doença, o que leva a maior parte das vezes a protelar a dimensão humana do doente, incluindo as áreas do cuidar que valorizam a comunicação e a relação terapêutica. Passou-se a dar destaque sobretudo à técnica, o que despoletou um favorecimento terapêutico e a atitude de negação frente à morte. Surgiu, assim, e de acordo com o que anteriormente foi referenciado uma série de questões pertinentes e assentes neste princípio, tais como: quando parar? E, posteriormente, o que fazer? Mediante os doentes em processo de morte, a postura que se adota é a de não se poder fazer nada esquecendo-se o princípio da pessoa e dos cuidados de Enfermagem. Com o intuito de dar resposta a este esquecimento dos doentes incuráveis em processo de morte, e no sentido de lhes prestar os cuidados necessários surgem nos anos 60 os Cuidados Paliativos.

Constata-se que o correr de uma cortina, numa instituição hospitalar significa que se oculta alguém que sofre solitariamente. O doente experimenta a solidão, o abandono, a tristeza, a revolta e pode considerar-se desrespeitado indo até ao limite do desespero. Ao mesmo tempo, o Enfermeiro, ao ver um doente em processo de morte, constata os mais variados sentimentos, observa-o, não esquecendo a sua característica humana, que traz com ele um historial pessoal dotado de vivências próprias.

Ferreira (2004, p.30) *“sente, por um lado “compaixão” e “projeta” que naquela cama poderia estar um familiar seu ou até mesmo ele... Mas, por outro lado, evita pensar nisso”*. Sente-se impotente cada vez que vê a doença a progredir e tornar o ser humano débil. Cada ser humano é uno e o que leva a um cuidar especificado.

A mesma autora refere que o cuidar é o resultado da *“combinação difícil da empatia autêntica e da técnica”* ou *“arte de bem cuidar”* (Ferreira, 2004, p.30). Deste modo, o Enfermeiro tem de ter presente que cada ser humano tem uma perceção da morte de forma distinta.

A realidade fá-los refletir: *“para quê tanta ganância, tanta falsidade, tanto orgulho por parte das pessoas, se tudo isto pode terminar de um momento para o outro, na cama de um hospital e a depender de tudo e de todos para viver”* (Ferreira, 2004, p.30)

Ferreira apud Kübler Ross (2004, p.31) afirma que *“ser terapeuta de um homem doente na sua fase terminal faz-nos conscientes de que cada ser humano é único e merece uma atenção especial na sua humanidade absolutamente original. Também nos dá consciência da nossa finitude, da nossa limitação perante a vida”*.

Perante o estado terminal do doente, o Enfermeiro deve disponibilizar-se e acompanhá-lo, aproximar-se, saber escutar e dar a mão, no fundo acompanhá-lo neste ciclo final. Os Enfermeiros com doentes terminais nunca devem esquecer as suas necessidades fisiológicas, assim como, as psicológicas e espirituais.

A par dele, a família deverá estar sempre presente e ajudar nesse doloroso processo, sendo acolhida com dignidade na instituição hospitalar, uma vez que são estes que conhecem os seus familiares nos seus costumes, anseios, medos e até desejos. Serão um vínculo entre o profissional de saúde e o enfermo. Quer a morte se verifique no domicílio ou em ambiente hospitalar, ela poderá ser sempre um acontecimento familiar.

Hodiernamente, a morte deixa de ocorrer no domicílio devido às transformações que ocorreram na sociedade e passam a ocorrer cada vez mais no hospital, o que implica que esta seja acompanhada não pela família, mas pelos profissionais de saúde, nomeadamente, pelos Enfermeiros. Este acontecimento é muito desgastante para estes

profissionais, uma vez que ao ser formado para a defesa da vida não consegue evitar o desfecho que será sempre a morte. Desta forma, esta exposição provoca no profissional de saúde sinais e sintomas de desgaste emocional, pelo facto de, muitas vezes, nos hospitais persistir uma cultura organizacional curativa, tal como refere Saraiva (2007), “*o grande objetivo do hospital sempre foi tratar a doença, e restaurar a saúde.*”

Um estudo realizado no âmbito das atitudes dos Enfermeiros no cuidar de doentes em processo de morte evidencia que a morte gera medo e ansiedade nos profissionais de saúde (Rooda [et al], 1999; Argenta [et al], 2008).

Por outro lado, a relação do cuidar com os familiares de quem está a morrer, despertando, nestes, sentimentos de vulnerabilidade, provoca, também, nos Enfermeiros vulnerabilidades, utilizando estes, por vezes, diversas estratégias, nomeadamente, o distanciamento. Como salienta Frias (2003) o medo dos profissionais de saúde está presente, através de atitudes de fuga, e realização de raras visitas aos doentes em processo de morte.

Segundo Collière (1999, p.239) “*a ruptura entre o corpo e o espírito, entre o homem e o seu meio, que se opera nas sociedades ocidentais, a multiplicação das técnicas de investigação e de reparação centrada na doença, abandonaram, pouco a pouco, todo o questionar sobre as causas ligadas às condições de vida, ao desejado de existir.*”

Tal como o doente superou as fases da aceitação da doença, também, a família terá estádios a transpor sendo eles, os seguintes: o choque ou incapacidade de enfrentar a realidade (não aceita); a consciencialização da realidade (dor, angústia, tristeza e choro) e, por último, a readaptação, quando são capazes de pensar com maior distanciamento.

O facto de a morte deixar de ser um acontecimento familiar e passar a ser social, acarreta uma maior dor e stress à família. Esta faz com que as exéquias fúnebres sejam rápidas evitando-se, assim, as condolências. Da mesma forma evita-se que as crianças assistam a esta manifestação de pesar.

Em suma, cada caso é um caso único e cada experiência de morte está relacionada com a proximidade ao falecido e com papel que este ocupa na sociedade. Apesar de tudo isto, o ser humano continua a não estar preparado para encarar a morte.

A morte não é algo rotineiro, mas um acontecimento único. Por isso, nesta fase final, por vezes, uma pequena partilha pode transmitir o sossego, a tranquilidade para aquele que parte.



## 2.1. Cuidados Continuados

A 6 de junho de 2006, foi criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), esta representa um processo renovador que foi desenvolvido pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) e o Sistema de Segurança Social, sendo, estes dois setores responsáveis pela intervenção precoce, tendo sempre em mente o melhor interesse do cidadão.

A prestação de cuidados de saúde e de apoio social é assegurada pela RNCCI, através de quatro tipos de resposta, sendo elas, as Unidades de Convalescença, onde a pessoa pode permanecer até trinta dias consecutivos, as Unidades de Média Duração e Reabilitação, em que a permanência estará compreendida entre os trinta dias e os noventa dias, e as unidades de Longa Duração e Manutenção e Cuidados Paliativos tendo um período de internamento superior a 90 dias.

O Terreno de Pesquisa refere-se a uma Unidade de Cuidados Continuados e Integrados de Longa Duração e Manutenção, esta tem por desígnio oferecer cuidados que previnam e/ou retardem o agravamento da situação de dependência, otimizando o status do estado de saúde. Esta unidade visa responder a doentes que apresentam diferentes níveis de dependência e graus de complexidade.

A RNCCI é um modelo organizacional criado pelos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, é formada por um conjunto de instituições públicas e privadas que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social.

São objetivos da RNCCI a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. Os Cuidados Continuados Integrados estão centrados na recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra. A RNCCI tem como valores:

- *“Prestação individualizada e humanizada de cuidados.*
- *Continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação, mediante a articulação e coordenação em rede.*
- *Equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas da Rede.*
- *Proximidade da prestação dos cuidados, através da potenciação de serviços comunitários de proximidade.*

- *Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação de cuidados.*
- *Avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência e definição periódica de objetivos de funcionalidade e autonomia.*
- *Promoção, recuperação contínua ou manutenção da funcionalidade e da autonomia.*
- *Participação das pessoas em situação de dependência, e dos seus familiares ou representante legal, na elaboração do plano individual de intervenção e no encaminhamento para as unidades e equipas da rede.*
- *Participação e co-responsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados.*
- *Eficiência e qualidade na prestação dos cuidados.*
- *Os cuidados paliativos devem estar integrados na prática normal dos cuidados. Integração mais precoce previne “distress” a longo prazo. Não só atender os sintomas e necessidades físicas mas também os problemas psicológicos e espirituais dos doentes.*
- *Otimização do conforto, função e suporte social aos doentes e familiares quando a cura não é possível”.*

Tomando em consideração a localização da pessoa, esta pode ser proposta para a RNCCI de duas formas. Caso esta se encontre num Hospital será a Equipa de Gestão de Altas (EGA) a elaborar o encaminhamento, caso esteja integrada na comunidade será através do Centro de Saúde da área de residência a fazê-lo.

A EGA do hospital tem por objetivo preparar e gerir a alta hospitalar em articulação com outros serviços, para os doentes que requerem seguimento dos seus problemas de saúde e sociais, tal como nos descreve no n.º 1 do Art. 23.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho.

A EGA do hospital pertencente ao SNS, onde o doente está internado é quem faz a referenciação para a RNCCI. A avaliação da necessidade de cuidados continuados integrados é realizada, aquando a entrada da pessoa no internamento no hospital, porque é preciso preparar, com tempo, a etapa que se segue, sendo esta a alta clínica.

A proposta desta equipa é apresentada à Equipa Coordenadora Local (ECL). No entanto, se a pessoa se encontrar na comunidade, tendo como exemplos o domicílio, hospital privado ou outro local de residência, esta proposta deve ser efetuada através do contato com o Centro de Saúde, através do Médico de família, Enfermeiro ou Assistente social.

A proposta de ingresso na RNCCI é apresentada por estes profissionais do Centro de Saúde à Equipa Coordenadora Local (ECL) que em caso de dificuldade, deve contactar diretamente a ECL localizada no Centro de Saúde da área de residência da pessoa.

Da mesma forma, os registos devem ser efetuados na plataforma da RNCCI, tal como nos é enunciado pela Diretiva Técnica nº 3/UMCCI/2011, que o registo na plataforma deve ser efetuado pelas equipas com preenchimento de cinco campos que correspondem à ficha do doente, avaliação médica, avaliação de enfermagem, avaliação social e o preenchimento da Escala de Edmonton, que está inerente aos sintomas manifestados pela pessoa.

Pelo facto de muitas ECCI terem competências em Cuidados Paliativos e terem a seu cuidado doentes com estas necessidades é pertinente o preenchimento da dita Escala.

A Equipa Intra Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos e as Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos poderão, ainda, solicitar transferência dos seus utentes para outras tipologias da RNCCI, como sendo uma Unidade de cuidados Paliativos ou até Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos, não sendo necessário uma reavaliação técnica dos doentes.

## **2.2. O Enfermeiro perante o processo de morte**

O facto de os Enfermeiros lidarem com a morte não faz deles profissionais insensíveis, estes, ao vivenciá-la, conhecem vários tipos de sentimentos, tais como decepção, desilusão, impotência, revolta, indignação, desalento, entre outros.

Romeu apud Maia e Lopes (2007, p.32) referem que os Enfermeiros devem “...*estar conscientes das dificuldades que poderão surgir pelo facto de cuidarmos do doente em fase terminal, por isso é nosso dever estarmos preparados para a ajudar o doente (família) numa situação tão transcendente de ser humano, como indivíduo e como ser social que é o momento da morte, mesmo que tenhamos dificuldades em enfrentar esta situação, quer pela experiência pessoal, quer pela vivência da enfermagem.*”.

Marques [et al] (1991, p.119) apud Lederberg (1988) apontam um conjunto de fatores que na sua perspetiva podem desencadear respostas de *stress* como: “*necessidade de actualizações sistemáticas; alterações emocionais do doente; necessidade de prestar cuidados exaustivos e permanentes; dificuldade em lidar com a morte; possível existência de conflitos na equipa; dificuldade em encontrar ouvintes disponíveis*”

Na perspectiva do mesmo autor acima referido, o registo destas situações ao longo de períodos extensos leva ao aparecimento de reações emocionais como piedade, medo, sentimento de inutilidade, revolta, culpabilidade e fadiga.

Todas estas emoções são, a maior parte das vezes, percecionadas como singulares, o que leva o Enfermeiro a ocultá-las, pois teme que a sua verbalização desencadeie reações de adversidade e de separação.

Várias são as atitudes que estes podem tomar perante o desfecho de uma vida, tais como proporcionar um ambiente calmo e acolhedor ao doente/família, alívio de sofrimento, respeito pelas crenças religiosas, articulação com os vários membros da equipa multidisciplinar, respeito pela vontade, comunicação assertiva, oferta de apoio incondicional. É relevante o aspeto emocional dos profissionais de saúde, pois esses, também, criam mecanismos de defesa que o ajudam a enfrentar a morte e o processo de morte, uma vez que são preparados para manterem a vida.

No quotidiano do Hospital, os Enfermeiros são continuamente expostos à ansiedade e à frustração, estes têm que ser capazes de ouvir o doente/família e de os tentarem ajudar a enfrentar medos e receios, pois, depois dos muitos esforços e cuidados prestados, o resultado final é sempre a morte.

A impotência diante da morte não é só atribuída apenas ao insucesso dos cuidados empreendidos, mas a uma derrota perante a morte que surge, implícita nos profissionais de saúde que consiste em diminuir a dor e o sofrimento e manter-lhe a vida. Esta capacidade vai sendo desenvolvida ao longo dos anos de profissão. Os Enfermeiros têm de estar constantemente preparados para auxiliar o doente/família na situação tão transcendente de ser humano, que é a morte. Desta forma, o Enfermeiro deve ter em seu poder o conhecimento das fases do processo de morte, para assim, atuar de uma forma mais correta, permitindo uma morte serena ao doente respeitando-o em toda a sua plenitude e apoiando a família a preparar o seu luto.

Este é, sem dúvida, um dos grandes desafios que se coloca no quotidiano do Enfermeiro. Cardoso (2002, p.29) descreve que *“a morte é, qualquer que seja o olhar, uma realidade complexa em que confluem sentimentos, atitudes e reacções numa amálgama em que as representações de cada um são determinantes e em que, frequentes vezes, as emoções se sobrepõe à razão.”* Da mesma forma, Nascimento [et al] (2006, p.53) diz *“a situação de óbito hospitalar, ocorrência na qual se dá a materialização do processo de morrer e da morte, é, certamente, uma experiência impregnada de significações científicas mas também de significações sociais culturais e principalmente subjetivas”*.

Ferreira (1999, p.41) mostra que a morte ou perda significativa, *“desencadeia um processo de adaptação por parte dos que sobrevivem. O trabalho de luto exigido pode exercer os recursos disponíveis e o desfecho da crise não ser a estabilidade desejada”*.

Lidas estas citações, podemos, então, constatar que a perda de um ente querido constitui sempre um processo dominado pela dor, sendo muito complicado no processo de adaptação, dado que este interfere na dinâmica do seio familiar. Este facto deve-se às alterações culturais, pois, antigamente, a morte era vista como algo natural dada a elevada taxa de mortalidade. O sofrimento era atenuado pelas crenças e rituais e, ainda, porque se acreditava na vida para além da morte.

Mais tarde, a ciência e a mudança nos cuidados de higiene contribuíram para alterar esta situação. Com o passar do tempo, a morte é encarada com saudade. Já no século XIX, a morte era aceite de forma diferente dado que o desaparecimento/morte do outro era confrontada com a própria morte. Isto leva a que seja mais simples não pensar neste fenómeno. Ora, esta negação fez com que o tabu da morte se prolongasse no tempo.

Nesta fase, encontramos a família num processo de *“faire le deuil”* (“fazer o luto”), que passa por várias etapas, desde o sofrimento, a angústia, a aflição e culmina, por vezes, numa dor profunda. Este processo vai tornar-se angustiante ao qual os familiares terão de se adaptar.

Diaz e Picabia (1997, p.42), o luto é *“o estado de sofrimento e dor vivenciado pelas pessoas que sobrevivem a uma perda querida”*.

Ocorrerão alterações a vários níveis: cognitivo, afetivo e comportamental, levando até a alterações na própria vida, nos domínios sentimental, social e profissional. Podemos sentir sensação de profunda tristeza, depressão, alteração do sono e do apetite, desmaios, enfim, sensação total de perda e solidão. Estes sintomas não são idênticos em todos os seres humanos. Eles alteram-se em função da vulnerabilidade e proximidade de quem vai viver este processo.

Diaz e Picabia (1999) identificou três fases diferentes: a fase da impassividade; a fase da depressão e a fase de recuperação.

Na **fase da impassividade**, aquele que perde o ente querido não consegue perceber o que lhe sucedeu. *“A falta de sintonia entre o que se sente e o que se expressa revela-se num distanciamento frequentemente envolto numa frieza. A pessoa fica ensimesmada e é surpreendida muitas vezes, a gesticular sem qualquer significado. Limita-se a efetuar as atividades da vida diária e os níveis de ansiedade e de angústia apresentam-se*

*bastante perturbados. Esta fase pode durar várias horas a vários meses.” (Diaz e Picabia; 1999, p.42)*

A **fase da depressão** *“aparece geralmente várias semanas após a morte e pode arrastar-se até um ano esbatendo-se gradualmente até que a pessoa passa a aceitar a morte como algo irremediável, mas sem direito a perturbar a continuação da vida dos que ficam. Procura planejar o futuro, e organizar a sua própria vida” (Diaz e Picabia; 1999, p.42).*

Por fim, na **fase de recuperação**, a pessoa começa a expor os seus sentimentos e a abordar o tema da perda sem se envolver emocionalmente. Mais uma vez, a sabedoria popular afirma que “o tempo ajuda a curar”, no entanto, as pessoas com mais idade podem sentir-se muito sozinhas.

Estas fases alteram-se consoante as experiências vivenciadas em situações idênticas. Constata-se que os jovens lidam com a morte com mais dificuldade, tornando-se esta numa situação bastante penosa. Se a relação com a pessoa que parte for intensa essa aceitação é mais difícil e o luto mais complicado. As pessoas com mais idade parecem mais preparadas para lidar com o assunto. No entanto Davis (2005, p.26) desvenda-nos que *“...a perda tem muitos cambiantes, mas existe algo no luto que acrescenta uma nova dimensão à experiência de vida de uma pessoa. Muitos concordariam que a vida antes e depois do luto é diferente. Até os indivíduos que passam a maior parte da vida a trabalhar com pessoas que perderam alguém ou com a morte, como as pessoas que organizam funerais, ou os padres, referem como se sentiram surpresos, quando se viram eles próprios no lugar dessas pessoas”*.

Diversos são os fatores que vão interferir com a experiência do luto. A crença religiosa pode ajudar a diminuir o sofrimento. Ferreira (1999, p.42) afirma que *“... as racionalizações que se fazem à luz da fé esbatem os sentimentos, atenuando a intensidade da reação”*. A Sociedade interfere nas ações do indivíduo em processo de luto. Se este for rejeitado o sentimento de tristeza e abandono será maior. O mesmo autor diz que *“o stress secundário a outras situações que concomitantemente se faça sentir, dificulta a capacidade adaptativa do indivíduo”*.

O processo de morte traz consigo um conjunto de vivências que, mesmos os Profissionais de Saúde, tendo sido preparados para as enfrentar, apresentam dificuldades, quer perante o doente, quer perante a família, podendo essas dificuldades ser ao nível do lidar com a situação e/ou comunicar a mesma.

Perante o confronto com a morte e o morrer, o Enfermeiro percorre um roteiro em tudo comparável, sempre a fluir para a tentação de fuga e para a negação da morte, apesar de estar pouco ou muito preparado para este facto, pois como nos relembra Morin (1997)

o homem não está programado, nem preparado para enfrentar a morte, uma vez que a mesma é um fenómeno que contribui para uma maior consciência de si mesmo e da sua finitude.

As quatro sensações presentes no percurso psicológico que o profissional de saúde percorre perante a morte e o morrer, são a sensação de fracasso, a sensação do espelho, a sensação do pudor e a sensação do mistério.

A sensação de fracasso, onde o mesmo se questiona sobre aquilo que poderia e/ou deveria ter feito de forma a salvar o doente. Sentimentos de culpa podem advir, podendo o profissional questionar a sua prática clínica, a equipa, a existência de outros hospitais ou outras técnicas. Neste âmbito, colocam-se questões de dignidade no cuidar e o direito a não sofrer inutilmente: quantas vezes o doente não é submetido a técnicas e exames agressivos e despropositados que em nada contribuirão para o desenlace da sua doença, provocando apenas mais e mais dor e sofrimento.

A sensação do espelho imaginando-se ele próprio numa situação idêntica. Face à imagem que tem diante de si, experienciando medo e pânico, ele prefere afastar-se e não encarar e/ou enfrentar o problema. Enquanto o profissional continuar nesta cruzada de negação da morte, jamais a encarará de modo a procurar entendê-la e assim poder contribuir eficazmente para a sua dignidade e humanização.

A sensação do pudor qual paradoxo, quando o doente/ família mais necessitam de assistência, o profissional, pensando que o doente necessita sim de tempo e espaço afasta-se de modo a não o perturbar no momento mais importante da sua vida e não perturbar o seu silêncio. Ao contrário de respeito, de empatia, de solidariedade e de compreensão, consciente e/ou inconscientemente, o profissional promove sim a alienação.

A sensação do mistério na qual o profissional percorre uma fantasia intelectual, procurando intrinsecamente desvendar o mistério da vida, e, por conseguinte, o sentido e significado da morte. Quando começamos a contemplar a realidade da morte, é para as profundezas de nós próprios que o olhar se dirige.

Desta forma, a *“visão de uma pessoa moribunda abala as fantasias defensivas que as pessoas constroem como uma muralha contra a ideia de sua própria morte (...),ameaçando o sonho acalentado”* (Elias, 2001, p.17) da imortalidade.

Ao ultrapassar estas sensações, o profissional reafirma o seu valor profissional e assume a sua responsabilidade social, prestando cuidados de qualidade na morte, conforme

enunciado nos seus estatutos ético morais e deontológicos, contribuindo para a ressocialização da morte.

Paralelamente, Pitta (2003) classifica os mecanismos de defesa dos Profissionais de Saúde, quando encaram a morte do seguinte modo: fragmentação da relação técnico-paciente, despersonalização e negação, distância e negação de sentimentos, eliminar decisões pelo ritual do desempenho de tarefas e redução/dissolução do peso da responsabilidade.

A fragmentação da relação técnico-paciente, porque a ideia de morte é uma ideia traumática por excelência (Morin, 1997) de modo a minimizar a angústia, o *stress* e a ansiedade sentida face à morte e ao morrer, o profissional evita o contacto com o doente, fugindo do mesmo e promovendo a sua morte social.

A despersonalização e negação, pois ao invés de cuidar do doente de forma personalizada e tendo em conta as suas necessidades, o profissional padroniza o seu trabalho, mantendo as suas tarefas e rotinas inalteradas, contribuindo não só para a despersonalização e solidão do doente como também para a ideia de negação da morte. Numa perspetiva redutora, os profissionais de saúde vivem unicamente preocupados com a eficácia da terapêutica e com a sua produtividade (resultados) e por isso, morrer tornou-se hoje um momento solitário e demasiado triste para ser lembrado.

A distância e negação de sentimentos, a morte em contexto hospitalar é hoje em dia uma morte estéril e hermética, “impessoal e asséptica”. Numa tentativa inconsciente de evitar ter de lidar com os dilemas emocionais que emergiriam, os profissionais de saúde optam por não ceder informações e racionalizar a situação, desculpando-se com a falta de tempo e insuficiente certeza de diagnóstico. A morte torna-se, assim, silenciosa e quase invisível, pois que o trunfo da medicalização está justamente em manter a doença e a morte na ignorância e no silêncio.

Eliminar decisões pelo ritual do desempenho de tarefas, a ritualização cumpre a função de reduzir a ansiedade e minimizar o discernimento individualizado de cada profissional em planear o seu trabalho. Quando todas as tarefas e rotinas podem esperar face à morte, quando a técnica e a ciência se revelam obsoletas, o profissional refugia-se em ações mecanizadas de modo a reduzir o stress que a morte provoca.

Redução/dissolução do peso da responsabilidade: a ansiedade gerada por uma decisão final feita por uma única pessoa é assim dissipada de inúmeras maneiras, de forma a reduzir seu impacto e responsabilidade. Deve-se, então, considerar que o processo de adaptação face ao processo de morte e morrer é promotor de dificuldades, quer para o doente e família, quer para o próprio profissional de saúde.



No entanto, cabe a estes últimos tentar inverter esta tendência, encarando a morte como parte integrante da vida e desenvolvendo capacidades para entender toda a sua complexidade, de modo a promover uma morte mais humana e mais digna (Frias, 2003). Kübler Ross (1994) enfatiza que a meta não é dispor de especialistas em doentes terminais, mas sim treinar o pessoal hospitalar para enfrentar serenamente todo o processo de morte e morrer, e assim contrariar o facto de os doentes morrerem cada vez mais sozinhos, acompanhados por profissionais excelentes, mas com pouco tempo para fazer um acompanhamento digno, quando o doente está a morrer.

Urge deste modo ressocializar a morte, redefinindo uma nova arte de morrer (Hennezel, 1998), fomentando estratégias de *coping*, de afetividade e de ajustamento emocional eficazes, que não só contribuam para um desenvolvimento pessoal e profissional adequado, promovendo a sua aprendizagem e interiorização, como também permitam prestar o apoio, acompanhamento e ajuda adequado e ajustado a cada doente e respetiva família.

### **2.3. Cuidar da Família no Processo de Luto**

O Enfermeiro deve preparar-se para lidar com o processo de luto para, assim, poder acompanhar as famílias nesta fase tão penosa dado que o luto é um companheiro que não conhece as normas sociais. Worden (1998, p.22) diz que *“O luto representa uma saída do estado de saúde e bem-estar, assim como a cura é necessária no campo fisiológico para trazer o corpo de volta ao balanço homeostático, um período de tempo é da mesma forma necessário para que o enlutado retorne a um estado similar de equilíbrio.”*

Assim, o Enfermeiro deve, entre outros aspetos, preparar/sensibilizar os familiares, nomeadamente, os mais próximos, fazendo com que eles se envolvam nos cuidados a prestar ao moribundo, isto permitirá que eles saibam lidar com a perda; estimular as crianças a acompanhar o processo de morte, para assim aceitar o processo de luto naturalmente; saber quais os rituais, costumes e estilos familiares e colocá-los em prática se assim for desejo deles; saber ouvir e ajudá-los em todas as fases; compreender e apoiar a privacidade familiar se assim estes o desejarem; perceber qual o papel da pessoa que morre no seio familiar, pois quanto mais próximo mais intensa é crise; e solicitar a ajuda de vários serviços sociais (psicologia, solidariedade, entre outros) facilitando a comunicação entre ambos (Enfermeiro/família).

Perante o exposto, o Enfermeiro não pode esquecer os seus limites. Deve estar consciente e saber que um envolvimento profundo pode refletir-se na relação terapêutica.

A morte é um facto inegável da na nossa Sociedade e todos temos consciência que mais cedo ou mais tarde ela acontecerá. O facto de não sabermos quando esse dia chega pode causar diversos sentimentos e modos de ver em relação à morte e provocar diferentes vivências.

A aceitação, ocultação, negação são sentidas conforme o contexto em que se encontra. O desaparecimento de alguém que se ama pode tornar-se em algo complexo e até pode causar traumas. Fazer o luto é essencial para que a pessoa consiga lidar com o processo de perda. Segundo o mesmo autor, o luto pode dividir-se em quatro fases:

✓ **Aceitar a realidade da perda** – é difícil aceitar a morte, mesmo sabendo que o doente estava em fase terminal. Nesta, podemos encontrar a negação e são várias as estratégias para o fazermos, desde apontarmos os factos negativos à pessoa que parte ou até a constatarmos que não é alguém muito próximo, o que faz com que se negue a perda. Também os rituais podem situar-se nesta fase. Pessoas que não comparecem ao enterro podem necessitar de outros meios para acreditarem na morte. Worden (1998, p.25) diz que *“embora leve tempo para a tarefa se completar, rituais tradicionais como o velório ajudam muitas pessoas enlutadas a se moverem em direção à aceitação. Aqueles que não presenciam o enterro podem necessitar de meios externos para validar a realidade da morte. A fantasia é sobremaneira difícil no caso da morte súbita, ou especial se o sobrevivente não vê o corpo da pessoa que morreu.”*

✓ **Elaborar a dor da perda** – todos sabemos que a dor da morte é vivenciada de forma diferente pelos familiares, no entanto, quer a dor seja muito intensa ou não, todos passam por este processo. Se não se sentir essa dor é a negação dessa fase. Se a pessoa não quer falar/recordar a pessoa que morreu, ou se está sob dependência de drogas pode não conseguir ultrapassar esta fase daí que *“mais cedo ou mais tarde, alguns daqueles que evitam o luto consciente sucumbem geralmente sob forma de algum tipo de depressão”*. (Bowlby citado por Worden, 1998).

✓ **Ajustar-se a um ambiente onde falta a pessoa que falece** – a pessoa que está de luto tem de se adaptar ao novo estado e a enfrentar os desafios que daí advêm e ajustá-los ao seu próprio sentido. O *“ajustar-se a um novo ambiente significa coisas diferentes para diferentes pessoas, dependendo de qual era a relação com a pessoa falecida e dos vários papéis que desempenhava a pessoa que morreu. Muitas viúvas levam um tempo considerável para perceber o que é viver sem o marido. Esta percepção via de regra começa aproximadamente três meses após a perda e envolve lidar com o facto de viver sozinha, educar os filhos sozinha, enfrentar uma casa vazia e tratar das finanças sozinha”* (Worden, 1998, p.27). Se a pessoa que está de luto não consegue superar e desempenhar os papéis pode regredir e apresentar uma série de sentimentos,

tais como: desamparo, inadequação, incapacidade e até crise de personalidade, esta situação com o avançar do tempo altera-se e a pessoa consegue levar por diante as suas tarefas.

✓ **Reposicionar em termos emocionais a pessoa que faleceu e continuar a vida** – a presente fase, muitas vezes não é ultrapassada por haver muito apego ao passado, recusando-se a pessoa até a amar mais alguém. Esta fase pode correr bem se o enlutado perceber que a pessoa que morre é amada em qualquer circunstância, o que não impede de amar outra vez. Não há datas para o processo de luto terminar.

Há, no entanto, sinais de que o luto está feito, por exemplo, quando a pessoa fala sobre quem partiu sem mágoa, embora paire no ar uma sensação de tristeza. Pode-se constatar que o luto termina quando a pessoa que o viveu se sente preparada para voltar a investir na vida e no viver. O luto é *“uma das coisas básicas que a educação pelo aconselhamento do luto pode fazer é alertar as pessoas para o facto de que o luto é um processo a longo prazo, e não irá culminar no estado anterior ao luto. O conselheiro também pode fazer com que eles saibam que mesmo que o processo evolua, haverá dias ruins. O luto não ocorre de forma linear; ele pode reaparecer para que seja novamente trabalhado.”* (Worden, 1998, p.31)

Podemos dividir as manifestações de luto em quatro categorias, os sentimentos; as sensações físicas; as cognições; e os comportamentos.

No que concerne os **sentimentos**, a angústia é o mais comum no processo de luto, mas não significa que seja acompanhada por choro. Parkes e Weiss dizem que *“o choro é um sinal que evoca uma reação simpática e de proteção por parte dos outros e estabelece uma situação social na qual as leis normais da conduta competitiva são suspensas.”*. Por vezes, a raiva também se manifesta quando perdemos alguém. Estes sentimentos resultam do facto de não poderem fazer nada para alterarem a perda. Worden (1998, p.36) diz que *“na perda de qualquer pessoa importante há uma tendência a regredir, a sentir-se desamparado, incapaz de existir sem a pessoa e então sentir a raiva que vem junto com este sentimento de ansiedade. A raiva que a pessoa enlutada sente precisa ser identificada e adequadamente dirigida à pessoa falecida para chegar a uma conclusão saudável. Entretanto, ela frequentemente é manejada de forma menos eficazes, sendo uma delas o deslocamento, ou dirigindo-a a uma outra pessoa acusando-a da responsabilidade pela morte.”*

A par destes surge a culpa, pois o enlutado pensa sempre que podia ter feito algo mais para evitar a morte do ente querido. Esse sentimento vai-se desvanecendo com a aceitação da realidade.

O sentimento de ansiedade pode oscilar entre o ataque de pânico e uma ligeira insegurança. Muitas vezes, a pessoa enlutada sente que não consegue tratar de si e ao mesmo tempo tem consciência da morte. Assim, são inúmeros os sentimentos que invadem uma pessoa de luto: o cansaço, a solidão, a desproteção, o choque, a agonia, entre outros. Todos os sentimentos supracitados são normais, no entanto, quando persistem pode-se prever um luto muito complicado.

Relativamente às **sensações físicas**, estas são, muitas vezes, desconradas, mas são relevantes no processo de luto, tais como o desconforto no estômago, aperto na garganta, a dor no peito, a falta de ar e a falta de energia.

No que diz respeito às **cognições** estas são pensamentos que surgem nas primeiras fases de luto, acabando por desaparecer após pouco tempo.

Quanto aos **comportamentos**, estes acabam por desaparecer com a passagem do tempo, como sendo os distúrbios do sono e apetite, tendência em esquecer as coisas, o isolamento social, lembrar e até mesmo idealizar a pessoa falecida. Aqueles que perderam alguém evitam ou tentam evitar coisas que lembram quem faleceu, visitam lugares ou andam com objetos que lembram as pessoas que falecem. Estas manifestações poderão ocorrer em diferentes pessoas que estão no mesmo processo de luto.

Em suma, a morte do *“homem como destino final e inexorável transcende o mero processo biológico para levantar importantes repercussões (...) Os estóicos diziam que “a morte é o facto mais importante da vida”; e entre os romanos Cícero, proclamava que “Filosofar é preparar-se para a morte” e para Séneca “ninguém disfruta o verdadeiro rosto para a vida, até que esteja pronto para abandoná-la”* santo Agostinho expressou a mesma ideia: *“O verdadeiro ser do homem nasce para a morte”* (Santos, 1997, p.342). Todas estas diferenças fazem com que a morte seja encarada de forma diferente pelas pessoas. Assim é de todo importante apoiar aqueles que têm mais dificuldade em lidar com o processo de luto para que possam rapidamente restabelecer a vida normal.

De seguida, iremos apresentar o percurso metodológico que norteou o desenvolvimento deste estudo.

## **CAPÍTULO II – PERCURSO METODOLÓGICO**



Neste capítulo, pretendemos dar a conhecer a problemática/questão de investigação, e as opções metodológicas desde o tipo de estudo, terreno de pesquisa, participantes do estudo, procedimentos de recolha de dados e as questões éticas que corroboram todo este processo.

Elaborar um documento de carácter científico como o que aqui se propõe, pressupõe um trabalho de pesquisa baseado no método de pensamento reflexivo (Marconi e Lakatos, 2003, p.155), que, obrigatoriamente, dirige para um tratamento científico de forma a descobrir as verdades parciais. Na mesma linha de pensamento de Anger-Egg (1978, p.28) afirma que a pesquisa é um *“procedimento sistemático, controlado e crítico, que permite descobrir novos factos ou dados, relações ou leis, em qualquer campo do conhecimento”*.

Lakatos e Marconi (1991, p.39) atentam que a metodologia é *“o caminho pelo qual se chega a determinado resultado, ainda que esse caminho não tenha sido fixado de antemão num modo refletido e deliberado (...) é uma forma de seleccionar técnicas, formas de avaliar alternativas para a ação científica (...) Assim, enquanto as técnicas utilizadas por um cientista são fruto de suas decisões, o modo pelo qual tais decisões são tomadas depende de suas regras de decisão. Método são regras de escolha, técnica são as próprias escolhas (...) Método é a ordem que se deve impor aos diferentes processos necessários para atingir um fim dado (...) é o caminho a seguir para chegar à vontade das ciências”*.

Esta ideia pode aproximar-se do pensamento de Stake (1998), uma vez que para este autor o desenho da investigação requer uma organização conceptual, ideias que expressem a compreensão necessária ou pontes conceptuais assentes no que já se conhece ou ainda, estruturas cognitivas que orientem a recolha de dados. Todo o bom desenho de estudo incorpora uma teoria, que serve como plano geral da investigação, da busca de dados e da sua interpretação (Yacuzzi, 2005).

### **3. A PROBLEMÁTICA, QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS DO ESTUDO**

As atitudes perante a morte têm-se modificado ao longo dos tempos, acompanhando o desenvolvimento da cultura social, da religião, da ciência e da tecnologia. No séc. XX, a morte deixou de ser um acontecimento social, público e comunitário, deixou de se morrer em casa, junto dos familiares e amigos, e passa-se a morrer no hospital, o que traduz uma verdadeira “hospitalização da morte”. Consequentemente, um maior envolvimento dos profissionais de enfermagem com esta problemática.

Desde sempre, a morte e o seu mistério têm despertado no ser humano a curiosidade e inquietação, sendo nos dias atuais, ainda, um dos principais e grandes mistérios da vida. Assim como a vida, a morte é uma constante em tudo o que tem vida. É tida como um momento único e forte, de desordem e deixa um rasto de marcas nos diferentes aspetos da vida: nas emoções, nas atitudes e até nas próprias vivências do dia-a-dia.

Atualmente, a morte ocupa um lugar diferente do passado. Ainda há bem pouco tempo, a morte era considerada um acontecimento público e social dado que envolvia não só a família, mas também toda a comunidade. A pessoa falecida em casa com todos os carinhos dos presentes (familiares diretos) e amigos e vizinhos e conhecidos, prestavam-lhes a respetiva homenagem, partilhando o sofrimento com os entes queridos.

Com o passar dos tempos, e as respetivas transformações sociais, a morte, que se verificava no domicílio passou a acontecer num local alheio ao próprio, como sendo um hospital ou outra instituição de saúde.

Partindo destes pressupostos e da nossa vivência, enquanto estudante do Curso de Licenciatura em Enfermagem que se nos colocou a questão da morte em Unidades Hospitalares. Salientamos, que durante os Ensinos Clínicos e os Estágios nos deparamos com as dificuldades que os Enfermeiros demonstravam em lidar com a morte. É neste contexto que surge a questão de partida deste estudo: **“Quais as experiências do Enfermeiro no âmbito do cuidar da pessoa em processo de morte numa Unidade de Cuidados Continuados?”**.

Perante esta questão emergiram outras mais específicas:

- Qual o significado do processo de morte para o Enfermeiro?
- Quais as intervenções que o Enfermeiro valoriza no cuidar da pessoa em processo de morte?
- Que sentimentos experiencia o Enfermeiro perante a pessoa em processo de morte?
- Quais os fatores facilitadores do cuidar da pessoa em processo de morte?
- Quais as dificuldades dos Enfermeiros no cuidar da pessoa em processo de morte?
- Quais as implicações para a vida profissional e pessoal do enfermeiro?
- Que estratégias o Enfermeiro mobiliza no âmbito do processo de morte?

Perante o objetivo principal em que se pretende, tal como já foi mencionado, conhecer as experiências do enfermeiro no âmbito do cuidar de uma pessoa no processo de morte numa Unidade de Cuidados Continuados, também é nosso desiderato contribuir para melhores práticas neste domínio. Pretende-se com este estudo alcançar outros objetivos mais específicos, tais como:



- Identificar o significado que o Enfermeiro atribui ao processo de morte de um doente.
- Identificar as intervenções que o Enfermeiro valoriza no cuidar de um doente perante o processo de morte.
- Identificar os sentimentos vivenciados pelos Enfermeiros no processo de morte de um doente.
- Identificar as implicações para a vida pessoal e profissional do Enfermeiro que cuida do doente em processo de morte.
- Identificar as dificuldades que o Enfermeiro sente no âmbito do processo de morte.
- Identificar as estratégias mobilizadas pelo Enfermeiro no âmbito do processo de morte.

Apresentada a problemática e os objetivos que estão na base este estudo, seguem-se as opções metodológicas que nortearam o seu desenvolver e que nos permitem concretizar o nosso propósito de investigação.



#### 4. TIPO DE ESTUDO

Este estudo tem como base epistemológica a investigação qualitativa por se considerar que essa estratégia é o melhor meio de dar resposta à questão e interrogações colocadas. Este método é ainda útil, quando o fenómeno a ser estudado é amplo e complexo, como é o caso do estudo em questão, onde o corpo de conhecimentos existente ainda que não suficiente para suportar as questões que surgem em redor do mesmo.

Para Bogdan e Brilklen (1994), a investigação qualitativa tem como objetivo “*a compreensão dos comportamentos a partir da perspectiva dos sujeitos de investigação*”.

Optamos por um estudo do tipo exploratório-descritivo, pois como refere Fortin (2006, p.164), este “*(...) consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características dessa população*”.

A mesma autora refere ainda que num estudo do tipo exploratório-descritivo de um fenómeno ainda mal conhecido, o investigador aplica-se numa primeira fase a recolher a maior quantidade de informação possível sobre este, de forma a reconhecer os diferentes aspetos do fenómeno (Fortin, 2006).

Os estudos exploratórios têm como finalidade munir o investigador de maior conhecimento sobre o tema ou problema da pesquisa. Estes envolvem, geralmente, pesquisa bibliográfica, entrevistas com pessoas que tiveram, ou têm, experiências práticas com o problema e estudos de caso (Gil, 1996).

Pelo facto de existir pouco conhecimento sobre um determinado grupo de pessoas, instituições ou algum tipo de fenómeno social, é determinante o uso de um estudo deste tipo, pois exige que se realize uma análise da realidade, ou seja, ajustam-se às situações (Polit e Hungler, 1995).

Em síntese, o estudo que realizamos foi de natureza qualitativa do tipo exploratório-descritivo por considerarmos que seria o que melhor se adapta ao objetivo do estudo – conhecer quais as experiências do Enfermeiro no âmbito do cuidar da pessoa no processo de morte numa Unidade de Cuidados Continuados.



## 5. CONTEXTO DO ESTUDO

Considerando o estudo em questão, a investigação decorreu numa unidade de Cuidados Continuados do Concelho de Barcelos, pelo facto de se constituir um contexto que possibilita dar resposta à questão de investigação, ou seja, permite-nos compreender as vivências dos Enfermeiros no cuidar da pessoa em processo de morte. Esta opção, também, se deve ao facto de esta unidade pertencer à nossa área de residência possibilitando, assim, uma melhor acessibilidade na recolha de dados.

O contexto selecionado é uma unidade de Cuidados Continuados que está inserida na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). A RNCCI foi criada pelo Decreto-lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social.

Esta Unidade é uma Unidade de Longa Duração e Manutenção, podendo assumir carácter temporário ou permanente e está vocacionada para a prestação de apoio social e cuidados de saúde de manutenção, dirigidos a pessoas com doenças crónicas, com diferentes níveis de dependência e que não tenham condições para serem cuidadas no domicílio.

Tem como finalidade garantir cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, promovendo o conforto e a qualidade de vida, por um período de internamento superior a 90 dias consecutivos. Este período é inferior (90 dias por ano, geralmente divididos em 3 períodos de 30 dias cada) no caso de admissão de utentes, cujo objetivo do internamento é o descanso do cuidador. A questão, muitas vezes, prende-se em como aceder a este serviço, pelo que, se a pessoa se encontrar internada num Hospital do Serviço Nacional de Saúde (SNS), é contactada a Equipa de Gestão de Altas (EGA) desse Hospital. Caso esteja no domicílio, lar ou outra situação, o contacto é realizado pelo Centro de Saúde, através do médico de família, enfermeiro ou assistente social.

A Entidade Reguladora da Saúde (ERS), em 2011, realizou o *“Estudo do Acesso dos Utentes aos Cuidados Continuados de Saúde”*, tendo em vista a ampliação das análises realizadas e para a aferição das prioridades para a evolução da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Este aponta que relativamente aos recursos humanos, numa unidade de convalescença com 30 utentes deve: prestar 40 horas semanais de trabalho com presença diária de médicos, incluindo um especialista em medicina física e de reabilitação. No que concerne aos enfermeiros deve garantir presença permanente, incluindo o trabalho do coordenador e do enfermeiro de

reabilitação. Tendo em conta a lotação de 30 camas, também estão estabelecidos números recomendados de terapeutas, tais como Fisioterapeutas, Terapeutas ocupacionais e Terapeutas da fala, nutricionistas, assistente social, psicólogo, animador sociocultural e auxiliares.

Fazem parte dos Recursos Humanos da Unidade uma Assistente Social, uma Educadora Social, duas Fisioterapeutas, uma Psicóloga, uma Terapeuta Ocupacional e três Médicos a tempo parcial. No entanto, a tempo inteiro há catorze Enfermeiros, uma Enfermeira Coordenadora e nove Assistente Operacionais.

Na Unidade em estudo, os doentes são provenientes, essencialmente, do contexto hospitalar, no entanto, poderão ter referências da Comunidade, nomeadamente, através do Centro de Saúde. Os doentes que entram e permanecem na Unidade em questão necessitam de cuidados permanentes, quer médico, quer de Enfermagem, pelo nível alto de dependência e sem potencial de recuperação.

A Unidade tem ao dispor quarenta e duas camas destinadas aos doentes da população que esta abrange, sendo na sua maioria doentes após AVC, Doença de Alzheimer e doentes com patologia respiratória. No entanto, esta Unidade recebe doentes portadores de doenças degenerativas e/ou crónicas, doentes que, por patologia aguda e/ou crónica estabilizada, necessitem de cuidados de saúde e apresentem défice de autonomia nas atividades da vida diária, outra condição é serem doentes com patologia crónica de evolução lenta, com previsão de escassa melhoria clínica, funcional e cognitiva, assim como, doentes sem potencial de recuperação e doentes que sejam portadores de doença grave e/ou avançada, ou se encontrem em fase terminal, podendo esta ser oncológica ou não, essencialmente, não tendo resposta favorável à terapêutica dirigida à patologia de base.

Após a exposição do contexto de estudo, seguimos com a apresentação e caracterização dos participantes do estudo.

## 6. PARTICIPANTES NO ESTUDO

A população alvo deste estudo são Enfermeiros que exercem a sua atividade na unidade anteriormente referida, e que diariamente lidam com o processo de morte. Segundo Fortin (2006, p.69) a população alvo “... é um grupo de pessoas ou elementos que têm características comuns”.

Estabelecemos como critérios de exclusão não estar na prestação direta de cuidados como é o caso da enfermeira coordenadora da unidade, pelo que, considerado este critério de exclusão e o critério de saturação de dados, foram entrevistados onze Enfermeiros cujas características sócio- demográficas então descritas na Tabela 1.

**Tabela 1** - Caracterização da população do estudo

	<b>Género</b>	<b>Idade (anos)</b>	<b>Habilitações</b>	<b>Tempo de Serviço</b>	<b>Tempo Serviço na Unidade</b>
<b>E1</b>	Masculino	30 e 35 anos	Licenciatura Pós – Graduação em Urgência e Emergência	5 anos	7 anos
<b>E2</b>	Masculino	30 e 35 anos	Licenciatura Pós – Graduação em Cuidados Paliativos	5 anos e meio	5 anos e meio
<b>E3</b>	Feminino	> 30 anos	Licenciatura Especialidade Médico-Cirúrgica	7 anos	1 ano
<b>E4</b>	Feminino	> 30 anos	Licenciatura	5 anos	5 anos
<b>E5</b>	Feminino	35 e 45 anos	Licenciatura	20 anos	5 anos
<b>E6</b>	Feminino	> 30 anos	Licenciatura	6 anos	5 anos
<b>E7</b>	Feminino	> 30 anos	Licenciatura Especialidade Médico-Cirúrgica (frequentar)	6 anos	2 anos e meio
<b>E8</b>	Feminino	> 30 anos	Licenciatura Especialidade Reabilitação (frequentar)	6 anos	5 anos
<b>E9</b>	Feminino	> 30 anos	Licenciatura Especialidade Médico – Cirúrgico	4 anos	1 mês
<b>E10</b>	Feminino	< 50 anos	Licenciatura	29 anos	5 anos
<b>E11</b>	Feminino	> 30 anos	Licenciatura	6 anos	4 anos

Podemos constatar que os participantes no estudo são maioritariamente do género feminino (nove Enfermeiros). Sete dos onze Enfermeiros entrevistados possuem idade inferior a 30 anos, no entanto, encontramos na população idades entre 30 e 45 anos e ainda um Enfermeiro com idade superior a 50 anos.

Quanto à formação, existem dois Enfermeiros Especialistas em Médico-cirúrgica e um ainda está a frequentar a especialidade, um Enfermeiro Pós-Graduado em Urgência e Emergência, assim como existe na equipa um Enfermeiro com Pós-Graduação em Cuidados Paliativos. Os restantes cinco Enfermeiros possuem a formação base, Curso de Licenciatura em Enfermagem.

No que concerne ao tempo de serviço da Unidade, o tempo mínimo é de um mês e o máximo é desde a abertura da mesma, ou seja, cinco anos.

Proceder-se-á, no tópico seguinte, à identificação e esclarecimento do procedimento da recolha de dados.



## 7. PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS

A recolha de dados é fundamental, uma vez que através dela advêm dados indispensáveis da investigação, esses elementos são o elo de ligação do investigador ao mundo empírico, são eles que nos fornecem aquilo que é necessário para pensarmos correta e adequadamente sobre o que investigar.

Esta deve obedecer às características da metodologia utilizada. Numa abordagem qualitativa, essa escolha deve compreender a universalidade dos fenómenos.

A recolha de dados deve permitir a emergência de elementos fundamentais para a investigação, salientando os testemunhos orais dos principais intervenientes no seu contexto real de trabalho. Por haver necessidade de obter dados que não eram possíveis de ser encontrados em registos e fontes documentais e que podiam ser fornecidos por determinadas pessoas ou entidades, procedeu-se à entrevista como instrumento de recolha de dados.

Esta foi a técnica/instrumento utilizada não só pela sua grande adaptabilidade como também pelo facto de permitir uma recolha de *“dados descritos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo”* (Bogdan, 1994, p.134).

Numa entrevista é muito importante para o investigador a capacidade de observação e de ouvir, porque *“A forma como determinada resposta é dada (o tom de voz, a expressão facial, a hesitação, etc.) pode contribuir para o relevo de informações que uma resposta escrita nunca revelaria”* (J. Bell, 2002, p.118).

A entrevista semi-estruturada foi assim a aposta desta investigação, por ser aquela que permitia ao entrevistador seguir um guião previamente estabelecido e as questões colocadas ao entrevistado serem pré-determinadas e abertas para que os entrevistados não se desviem do tema, respondendo especificamente aquilo que lhe irá ser perguntado, e, ao mesmo tempo, permite dar a abertura necessária à pessoa entrevistada. Pretendeu-se com este tipo de entrevista, que todos os entrevistados respondessem a questões idênticas, permitindo tal como nos diz Lodi (1974, p.16) *“que todas elas sejam comparadas com o mesmo conjunto de perguntas, e que as diferenças devam reflectir diferenças entre os respondentes e não diferenças nas perguntas”*.

Neste sentido, foi elaborado um guião, que como nos refere Lodi (1974, p.16) *“todas elas [as entrevistas] sejam comparadas com o mesmo conjunto de perguntas, e que as diferenças devam reflectir diferenças entre os respondentes e não diferenças nas perguntas”*.

A entrevista ou um guião são instrumentos cuja função é “*produzir ou registar informação requerida pelas hipóteses e prescrita pelos indicadores*” (Quivy, 1998, p.164). Sempre que nos munimos destes instrumentos, estamos a realizar uma observação indireta. Neste tipo de observação, o investigador dirige-se ao sujeito para obter a informação pretendida. Ao responder às perguntas, os entrevistados (Enfermeiros) intervêm na produção de informação. Esta não é recolhida diretamente, sendo, portanto, menos objetiva.

Para testar o guião da entrevista, realizamos um Pré-teste a três informantes privilegiados, não existindo a necessidade de alteração do guião.

No decorrer das entrevistas, tivemos o cuidado de criar junto dos entrevistados um clima de confiança e construir uma relação de empatia, visando, desta forma, o maior sucesso possível da técnica de entrevista.

No que concerne às respostas, por se considerar essencial o uso de gravador, solicitou-se aos entrevistados autorização para o uso do mesmo, o qual foi concedido. Para Lodi (1974) as respostas a uma entrevista devem atender os seguintes requisitos: “*validade, relevância, especificidade e clareza, profundidade e extensão*”. Paralelamente, foram sendo tiradas as chamadas notas de campo para permitir maior fidelidade e veracidade das informações. Um registo efetuado, posteriormente, pode levar a distorções da recolha de informação obtida.

Posteriormente à recolha de dados, iremos realizar o seu tratamento e a sua análise que consta do tópico que a seguir desenvolveremos.

## 8. TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Considerando os objetivos e o tipo de estudo para a análise dos dados, recorreu-se à análise de conteúdo que de acordo com Bardin (2011), é definida como *“um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos”*.

Segundo o mesmo autor, a análise de conteúdo de mensagens tem duas funções: a função heurística que enriquece a tentativa exploratória e aumenta a propensão à descoberta e a função de administração da prova onde as hipóteses sob a forma de questões ou de afirmações provisórias servem de diretrizes, apelam para um método de análise sistemática de modo a serem verificadas no sentido de uma confirmação ou de uma informação.

O mesmo autor explica ainda, que a intenção da análise de conteúdo é *“a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de receção), inferência, esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não). Se a descrição (a enumeração das características do texto, resumida após tratamento) é a primeira etapa necessária e se a interpretação (a significação concedida a estas características) é a última fase, a inferência é o procedimento intermediário que vem permitir a passagem explícita e controlada de uma à outra.”*.

Estas inferências procuram esclarecer as causas da mensagem ou as consequências que a mensagem pode provocar. Desta forma, a análise de conteúdo pretende fornecer técnicas precisas e objetivas que sejam suficientes para garantir a descoberta do verdadeiro significado. Deve manter-se neutra no plano do significado do texto, na tentativa de descobrir o que existe por detrás do que se diz.

Neste sentido, e de acordo com Bardin (2011) entende-se que na análise de conteúdo a **Pré-Análise** é fundamental, pois é onde se organiza o material que constitui o corpus da pesquisa com o objetivo de o tornar operacional e sistematizar as ideias iniciais. Esta constitui-se por uma análise global e detalhada; a escolha dos documentos, a preparação do material, a referenciação de índices e a elaboração de indicadores.

Nesta fase, o material a analisar segue as regras de exaustividade; representatividade; homogeneidade; pertinência e exclusividade.

Há, então, a necessidade de preparar o material, posteriormente, a referenciação de índices e a elaboração de indicadores, pelo que no final se realiza o tratamento dos resultados.

Na **Preparação do material**, formulam-se hipóteses, o que nem sempre as hipóteses são estabelecidas na pré-análise, elas podem surgir no decorrer da pesquisa tal como as questões orientadoras

No que concerne à **Referenciação de índices e a elaboração de indicadores**, os Índices fornecem indícios da mensagem e do conteúdo, onde os indicadores são os elementos que asseguram os índices previamente estabelecidos.

Na exploração do material definem-se as categorias e a codificação. Esta etapa é a mais longa, é onde se efetivam as decisões tomadas na pré-análise e é o momento em que os dados em estado bruto são transformados de forma organizada e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição das características pertinentes do conteúdo.

Finalmente, no **Tratamento dos Resultados, Inferência e Interpretação**, esta sendo a última etapa, consiste no tratamento dos resultados, permitindo a elaboração de tabelas que condensam e destacam as informações fornecidas para análise.

Assim, a análise dos resultados é feita a partir da análise de conteúdo das entrevistas. A análise e interpretação dos dados correspondem ao momento chave da investigação. Iniciamos esta com a audição/registo do conteúdo das onze entrevistas que constituem o nosso *“corpus documental”*. Partindo desta análise e interpretação, evidenciamos as relações existentes entre o fenómeno estudado e outros fatores e verificamos as relações entre as variáveis o que nos permite assim ampliar os conhecimentos sobre o fenómeno. (Bardin, 2011).

Atentando na definição onde Bardin (2011, p.9) defende que a análise de conteúdo alterna entre dois polos que, envolvendo a investigação científica *“o rigor da objectividade e a fecundidade da subjectividade”*, isto resulta na construção de indicadores quantitativos e/ou qualitativos que devem conduzir o investigador a uma posterior leitura da comunicação tendo por base a dedução e a inferência, uma vez que essa nova percepção do material textual, pretende revelar o que está oculto, latente ou subentendido na mensagem.

É neste ponto de análise do material, que os dados são encriptados para se conseguir atingir o cerne do discernimento da mensagem textual. Bardin (2011 p.103) explica-nos que *“a codificação é o processo pelo qual os dados são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo”*.

Deste modo, ao analisarmos as entrevistas, baseando-nos no quadro teórico e nos objetivos propostos, emergem um conjunto de categorias de codificação catalogadas

segundo as áreas temáticas, que se vão retificando e melhorando com o avançar da análise.

Assim, da análise das entrevistas inerentes a este estudo e com base na técnica de análise de conteúdo de Bardin, emergiu um conjunto de áreas temáticas, categorias e sub-categorias que se encontram expressas na tabela síntese (Apêndice II), onde estão, também, representadas as unidades de análise.

Todo o processo de recolha de dados e a sua análise documental suscita questões éticas, que serão analisadas no ponto seguinte.



## 9. QUESTÕES ÉTICAS

Fortin (2009, p.180) reporta que ética é “(...) *a ciência da moral, e a arte de dirigir a conduta*” na qual aquele que investiga precisa atenuar nos problemas éticos e morais, pois têm de salvaguardar os interesses das pessoas envolvidas.

Assim, as preocupações éticas são mais visíveis no campo da Enfermagem, uma vez que, conforme aumentaram as pesquisas nesta área, diminuiu a clareza entre o que constitui a prática esperada da Enfermagem e a recolha dos dados de pesquisa. (Polit & Hungler, 2004).

A investigação qualitativa exige um conjunto de reflexões éticas. Robley (como citado em Streubert e Carpenter, 2002) diz que, apesar da consideração ética e de assuntos influenciar a investigação quantitativa, na investigação qualitativa a reflexão ética é muito mais sensível. As reflexões éticas surgem de forma única e mais sensíveis na investigação qualitativa. Deste modo, os investigadores devem atentar nos vários princípios éticos aquando a investigação. Nem sempre as pesquisas científicas são conduzidas de maneira ética, e perante a dificuldade que os investigadores enfrentam, aquando do planeamento dos seus estudos, foram constituídos códigos de ética para que haja orientação nesse sentido, como a Declaração de Helsínquia, adotada em 1964, pela World Medical Assembly, revisada por Polit e Hungler (2004).

Na Declaração de Helsínquia, podemos encontrar que “*os três principais princípios éticos incorporados à maioria das orientações são a beneficência, o respeito à dignidade humana e a justiça*” (Polit & Hungler, 2004, p.83).

O princípio da beneficência compreende a proteção dos sujeitos contra qualquer dano seja ele físico ou psicológico. O princípio do respeito pela dignidade humana engloba o direito das pessoas à autodeterminação e revelação completa e, finalmente, o princípio da justiça que refere o direito a um trabalho justo, que vai além do direito à privacidade, este poderá ser mantido através do anonimato (Polit & Hungler, 2004).

Tendo em consideração Fortin (2009), o direito à autodeterminação tem por base o respeito pelo outro, segundo o qual cada um é capaz de decidir por si mesmo. Deste modo, qualquer investigação que seja aplicada ao ser humano revela-se uma forma de invasão na sua vida pessoal, deste modo, é necessário que aquele que procede à investigação assegure o anonimato daqueles que colaboraram no estudo.

Respeitar-se-á a decisão de participação no estudo, bem como a decisão de desistir. Para se atender a esses princípios no desenvolvimento deste estudo, solicitamos autorização ao Conselho de Administração da Instituição onde foi realizado o estudo, tendo sido obtida

a autorização (Anexo I). Todo este intercâmbio entre investigador e Conselho de Administração foi realizado através da Enfermeira Coordenadora.

O anonimato é um direito que foi respeitado, pois a identidade do participante não foi associado às respostas, mesmo pelo próprio investigador. Foi esclarecido o intuito do estudo e a forma como os dados iam ser utilizados, destacando sempre a salvaguarda do anonimato, após estes esclarecimentos foi entregue aos participantes o consentimento informado para que pudessem ler e colocar dúvidas (Anexo 1).

Para se assegurar a privacidade dos participantes, não revelamos a identidade destes em qualquer parte do estudo, para isso as entrevistas foram codificadas ( $E_1$ ,  $E_2$ , ...).

Neste trabalho, houve a preocupação de considerar que todos estes princípios foram a base das decisões metodológicas e da maneira como foi tratada a investigação no campo, ressaltando sempre o respeito pela pessoa, valorizando-se a respetiva autonomia e responsabilidade.

Feita a exploração de todo o percurso metodológico, no capítulo seguinte apresentaremos a analisaremos os dados obtidos.



**CAPÍTULO III – AS EXPERIÊNCIAS DO ENFERMEIROS NO CUIDAR DA  
PESSOA EM PROCESSO DE MORTE NUMA UNIDADE DE CUIDADOS  
CONTINUADOS - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS**



Neste capítulo, vamos proceder à apresentação da análise de dados obtidos através da entrevista semi-estruturada aos Enfermeiros de uma Unidade de Cuidados Continuados, os quais nos permitiram obter o olhar destes sobre a sua experiência no cuidar da pessoa em processo de morte. Este olhar é visível no conjunto de áreas temáticas, respetivas categorias e subcategorias obtidas através da análise de conteúdo e que se encontram expressas no quadro 1. Neste, também, consta a expressividade através do nº de unidades de análise.

**Quadro 1** - Categorias e Subcategorias decorrentes das entrevistas executadas

Área Temática	Categoria	Sub-Categoria	Nº de Unidades de Análise
<b>Significado de processo de morte na perspetiva dos Enfermeiros</b>	Fim		9
	Degradação do estado geral	Perda de capacidades cognitivas	1
		Perda de capacidades progressivas	1
		Perda de Consciência	1
	Fim do Sofrimento		4
	Separação do corpo e da alma		1
<b>Intervenções valorizadas pelo Enfermeiro no cuidar da pessoa em processo de morte</b>	Promover conforto		8
	Proporcionar a presença da família		2
	Acompanhar no processo de luto		1
	Promover a comunicação/interação	Equipa de Saúde	1
		Doente e Família	2
	Controlar a dor		3
	Proporcionar apoio		2
	Cuidar do Corpo		1
	Respeitar a pessoa		2
	Aliviar sofrimento		2
	Proporcionar ambiente adequado		3
<b>Sentimentos/ Emoções experienciadas pelos Enfermeiros</b>	Desilusão		1
	Impotência		5
	Pena		2
	Frieza		4
	Tranquilidade		1
	Respeito		1
	Tristeza		4
	Frustração		1
	Medo		1
	Perda		1
	Paz		2
	Alívio		1
	Afeto		3
<b>Fatores facilitadores no cuidar da pessoa em processo de morte</b>	Distanciamento		4
	A inevitabilidade da morte		2
	Presença da família		5

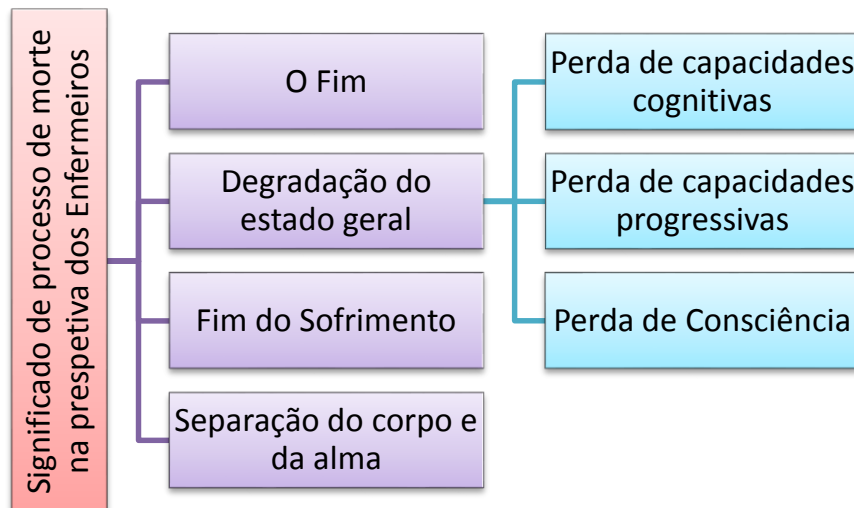
	Conhecimento da Situação		1
			1
	Trabalho em equipa multidisciplinar		1
	Estar preparado para o processo de luto		1
	Acesso à terapêutica analgésica		2
	Proporcionar cuidados com dignidade		1
	Estar presente		2
	Partilha de experiências em equipa		1
	Experiência Profissional		1
<b>Fatores Dificultadores no cuidar da pessoa em processo de morte</b>	Saber separar o eu profissional do eu pessoal		3
	Dificuldade ao acesso a terapêuticas analgésicas		2
	Doente com dificuldades em comunicar		1
	Comunicar a má notícia		4
	Défice de recursos humanos		1
	Pouca disponibilidade		2
<b>Implicações para a vida pessoal e profissional do Enfermeiro que cuida da pessoa em processo de morte</b>	Maior aceitação da inevitabilidade da morte		3
	Adoção de mecanismos de defesa		4
	Saber separar a identidade profissional da pessoal		4
	Sobrecarga emocional		2
	Sem implicações		3
<b>Estratégias mobilizadas pelos Enfermeiros</b>	Afastamento		2
	Partilha de Experiências		2
	Aceitação		2
	Experiência Profissional		2
	Sem estratégias		2

De modo a facilitar a apresentação dos dados, vamos seguir as diversas áreas temáticas que se encontram exibidas em figuras onde se encontram as respetivas categorias e subcategorias.

## 10. Significado de processo de morte na perspectiva dos Enfermeiros

Dos discursos são visíveis os diversos significados atribuído pelos enfermeiros ao processo de morte: o Fim [do ciclo vital], a degradação do estado geral, fim do sofrimento e a separação do corpo e da alma (figura 1).

**Figura 1** - Significado de processo de morte na perspectiva dos Enfermeiros



Dos onze entrevistados, nove atribuem ao processo de morte o significado de **Fim**, tal como se pode observar nos seguintes discursos:

*“ (...) chegou o fim da linha (...) acabar a vida, terminou, é o fim de ciclo (...)” E<sub>1</sub>*

*“ (...) por culminar na morte (...)” E<sub>2</sub>*

*“ (...) é o fim da vida (...)” E<sub>3</sub>; E<sub>9</sub>*

*“ (...) é o fim do ciclo da vida (...)” E<sub>4</sub> ; E<sub>6</sub>; E<sub>7</sub>; E<sub>9</sub>*

*“ (...) fim de uma etapa (...)” E<sub>9</sub>*

*“ (...) é o fim de qualquer um de nós (...)” E<sub>11</sub>*

*“ (...) o significado do processo de morte é o fim de uma vida.” E<sub>10</sub>*

A **degradação do estado geral** também foi um dos significados atribuídos e situa-se em três aspetos:

- **Perda de capacidades cognitivas** *“ (...) em que há um doente que está a perder as suas capacidades cognitivas (...)” E<sub>2</sub>*

- **Perda de capacidades progressivas** “ (...) em que há uma degradação do estado geral progressivo (...)”  $E_2$
- **Perda de Consciência** “ (...) há perda do estado de consciência (...)”  $E_2$

Quatro enfermeiros referiram que no seu ponto de vista o processo de morte significa o **fim do sofrimento** humano, tal como nos enunciam nos seus discursos:

“ (...) é o término do sofrimento e é isso (...)”.  $E_3$

“ (...) morrer significa terminar esse sofrimento.”  $E_5$

“ (...) fim do processo de dor para o doente (...)”  $E_9$

“ (...) Espera-se é que seja de forma menos sofrida e com a maior qualidade possível (...)”  $E_{11}$

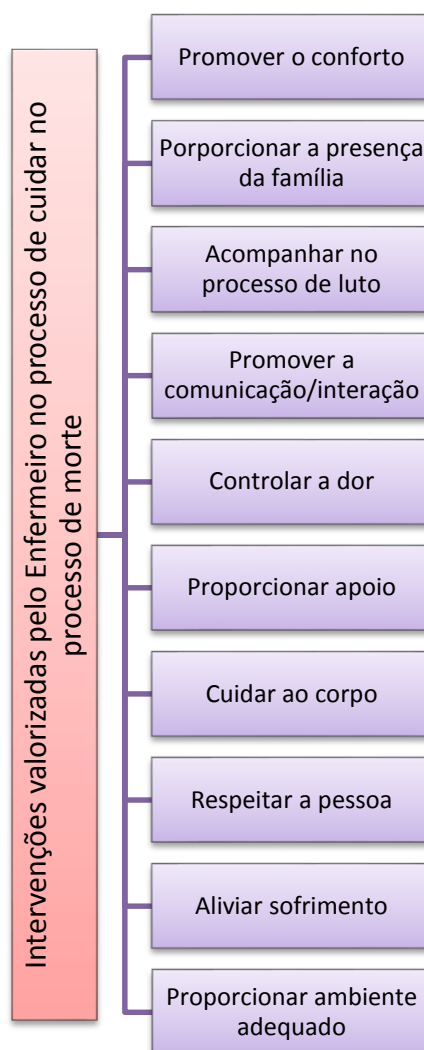
Um dos onze entrevistados considera o processo de morte como **separação do corpo e da alma**: “ (...) é a separação do corpo e da alma (...)”.  $E_{10}$ .

Em suma, o significado atribuído ao processo de morte surge numa perspetiva positiva no caso do sofrimento, mas também numa perspetiva negativa, no caso da degradação.

## 11. Intervenções valorizadas pelo Enfermeiro no cuidar da pessoa em processo de morte

No âmbito do cuidar da pessoa em processo de morte, foram valorizadas pelos Enfermeiros intervenções que agregamos nas seguintes categorias: promover o conforto, proporcionar a presença da família, acompanhar no processo de luto, promover a interação/comunicação, controlar a dor, proporcionar apoio, cuidar do corpo [post-mortem], respeito pela pessoa, ausência de sofrimento e proporcionar ambiente adequado. Estas foram consideradas como fundamentais para cuidar do processo de morte, assim como se observa na figura 2.

**Figura 2** - Intervenções valorizadas pelo Enfermeiro no cuidar da pessoa no processo de morte



**Promover o conforto** é uma das intervenções valorizadas pelos Enfermeiros conforme indica os seguintes excertos:

*“(...) tentar dar o máximo de conforto para eles morrerem com dignidade (...)” E<sub>10</sub>*

*“(...) dar o máximo de conforto, bem-estar (...)” E<sub>9</sub>*

*“(...) cuidar do conforto(...)” E<sub>6</sub>*

*“(...). conforto(...)” E<sub>1</sub>; E<sub>3</sub>; E<sub>5</sub>*

*“(...) qualidade do conforto do doente (...) que seja o menos doloroso possível.” E<sub>11</sub>*

*“(...) vem para cuidados de manutenção e conforto (...)” E<sub>11</sub>*

Do mesmo modo, salientam a importância de **proporcionar a presença da família**, tal como referem:

*“(...) Ter ao lado a família (...)” E<sub>6</sub>*

*“(...) deixar se possível a família (...)” E<sub>1</sub>*

**Acompanhar no processo de luto** foi outra das intervenções apontadas por um Enfermeiro: *“(...) antes, na pré-morte e depois da morte (...)”*, tal como enunciou E<sub>6</sub>.

Comunicação é algo fundamental na interação do Ser Humano, para tal e no contexto dos cuidados devemos ter este conceito muito bem definido e adaptado à situação.

**Promover a comunicação/interação** foi uma das categorias desta área temática, que se divide em duas subcategorias sendo elas **Comunicação com a Equipa de Saúde** referida por um Enfermeiro: *“Facilitar a interação da equipa de saúde (...)” E<sub>7</sub>* e **Comunicação com o Doente e Família** referida por dois Enfermeiros: *“(...) facilitar a interação entre o doente e família (...)” E<sub>2</sub>* e *“(...) Envolvimento da família (...)” E<sub>10</sub>*.

Todo o indivíduo tem direito ao adequado controlo de sintomas, como o **controlar da dor**, qualquer que seja a sua causa, de forma a evitar sofrimento desnecessário e reduzir a morbilidade que lhe está associada, assim nos excertos que se segue evidencia-se a preocupação dos Enfermeiros em controlar a dor:

*“(...) sem dor (...)” E<sub>9</sub>*

*“(...) que o doente não tenha dor (...)” E<sub>3</sub>*

*“(...) é importante (...) regime medicamentoso adequado (...)” E<sub>5</sub>*

**Proporcionar apoio** foi considerado também por dois enfermeiros, tal como evidencia os seguintes extratos:

*“(...) procuramos dar apoio (...)” E<sub>7</sub>*



*“ (...) apoiar a família nesta fase do ciclo de vida (...)” E<sub>4</sub>*

Tal como os cuidados à pessoa em vida são importantes os **cuidados ao corpo** *post mortem* também o são, tal como nos refere o entrevistado que *“(...) o enfermeiro deve cuidar do corpo (...)” E<sub>4</sub>*.

**Respeitar a pessoa** foi outra das intervenções valorizadas pelos Enfermeiros e um deles refere-se ao respeito pela privacidade, assim como enunciam:

*“ (...) ter respeito pela pessoa (...)” E<sub>4</sub>*

*“ (...) privacidade (...)” E<sub>3</sub>*

*“ (...) Trato-o com respeito, presto todos os cuidados é uma pessoa que ainda continua ali... é um cadáver, não deixa de ser uma pessoa (...)” E<sub>1</sub>*

A intervenção de enfermagem **aliviar o sofrimento** do doente em processo de morte também foi expressa e visível no discurso dos Enfermeiros:

*“ (...) que possa transmitir-lhe conforto nem que seja por palavras, administrar-lhe oxigénio, dar-lhe analgesia, alguma coisa que o conforte, que faça com que aquele momento seja o menos doloroso possível.” E<sub>11</sub>*

*“O utente nunca deverá sofrer durante esse processo (...)” E<sub>5</sub>*

Nos cuidados prestados ao doente é também valorizado o **proporcionar um ambiente adequado**, visível nos seguintes excertos:

*“ (...) é importante (...) serenidade (...)” E<sub>5</sub>*

*“ (...) não andar com ele aos “tombos” dar serenidade (...)” E<sub>3</sub>*

*“ (...) é importante (...) ambiente físico (...)” E<sub>5</sub>*

Face ao cuidar em processo de morte, o Enfermeiro experiêcia uma sequência de intervenção que se acumulam no seu ser para que proporcionem um bem-estar, a todos os intervenientes neste processo.



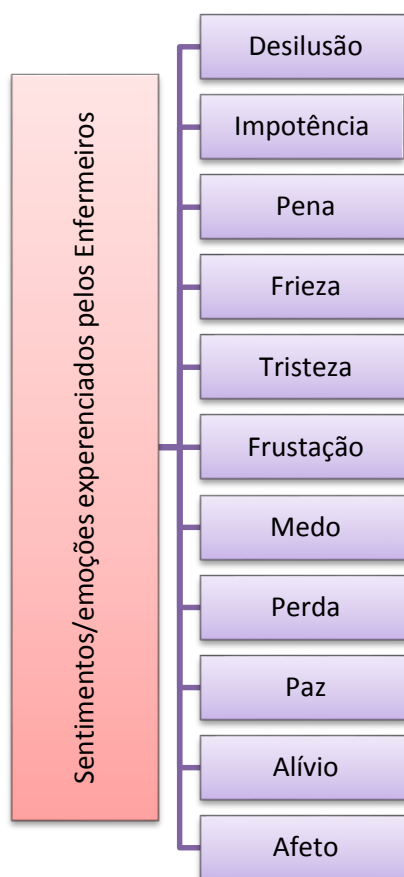
## 12. Sentimentos/Emoções experienciadas pelos Enfermeiros

O Enfermeiro antes de ser profissional é pessoa nas suas várias dimensões. Os sentimentos englobam a sua vida interior, interferindo na forma de estar e agir perante o universo exterior. As emoções e sentimentos, por consequência, norteiam o cuidar e a sua subjetividade está presente nele (Diogo, 2006).

Assim, é através das emoções e sentimentos que expressamos os significados e sentidos que atribuímos às coisas. Esta comunicação pode se estabelecer a nível verbal ou não verbal, indicando os valores, os princípios que estão inerentes a cada pessoa como ser individual e único.

Relativamente aos sentimentos, foram vários os Enfermeiros que verbalizaram sentimentos no âmbito do cuidar da pessoa em processo de morte, como: desilusão, impotência, pena, frieza, tristeza, frustração, medo, perda, paz, alívio e o afeto, tal como nos evidencia a figura 3.

**Figura 3** - Sentimentos/Emoções experienciados pelos Enfermeiros



Um dos sentimentos enunciados por um dos entrevistados foi a **desilusão**, como se constata “ (...) *é uma desilusão (...)*”. E<sub>9</sub>

Por vezes, o Enfermeiro sente **impotência** no âmbito de cuidar da pessoa em processo de morte, tal como demonstra as seguintes citações:

“ (...) *sentimo-nos impotentes (...)*” E<sub>9</sub>

“ (...) *uma pessoa sente-se mesmo impotente (...)*” E<sub>2</sub>

“ (...) *impotência porque não conseguimos fazer mais (...)*” E<sub>6</sub>

“ (...) *sentimento de incapacidade que não conseguimos fazer mais (...)*” E<sub>8</sub>

“ (...) *o nosso inconsciente no fundo vai desenvolver o sentimento de impotência (...)*” E<sub>7</sub>

**Pena** é uma das emoções de difícil descrição, podendo confundir-se com compaixão, conforme se pode ver nos seguintes excertos:

“ (...) *posso ter pena, porque é mais uma pessoa que morre (...)*” E<sub>4</sub>

“ (...) *temos ali uma senhora que eu acho que está há tempo de mais, já devia ter ido, está a sofrer (...)*” E<sub>5</sub>

Os participantes do estudo sentem necessidade de agir com **frieza**, pois apesar de estarem cientes do que acontece em seu redor, agem como se estivessem despreocupados com o ocorrido, tal como é visível nos seguintes excertos:

“ (...) *comigo o sentimento é um bocado frio (...) não há envolvimento a nível sentimental. Não há! É sempre uma coisa fria (...)*” E<sub>1</sub>

“ (...) *numa situação de morte do utente lido de forma natural, pacífica. Sei qual é o trabalho que tenho a fazer, quase de uma forma fria (...)*” E<sub>4</sub>

“ (...) *o enfermeiro... deve ter uma relação um bocadinho distante (...)*” E<sub>4</sub>

“ (...) *tento manter a minha postura, sou um bocadinho seca (...)*” E<sub>10</sub>

O sentimento de **tristeza** é considerado pelos Profissionais de Saúde, salientando que quem passa por ela, apresenta também, uma fase de angústia por um período de tempo, mas que, paulatinamente, se vai atenuando, tal como nos refere:

“ (...) *um pouco de tristeza (...) ver pessoas que chegam aqui ainda com um estado cognitivo algo orientado e comunicativas e ver-se a degradação da pessoa(...)*”. E<sub>2</sub>

“ (...) *tristeza e no início com angústia que vai diminuindo ao longo do tempo(...)*” E<sub>3</sub>; E<sub>5</sub>; E<sub>6</sub>

**Frustração** é um sentimento manifestado por um Enfermeiro: “ (...) *frustração (...)*” E<sub>8</sub>

O **medo** para os Enfermeiros está relacionado com o enfrentamento da perda de alguém, como se constata “ (...) *medo é um tipo de choque é sempre ali uma perda (...)*” E<sub>6</sub>.

Também o sentimento de **perda** é inevitável, tal como alude “ (...) *sentimentos de perda, sentimos que fizemos tudo pelo doente (...)*” E<sub>7</sub>

Define-se **paz** como sendo um estado de calma ou de tranquilidade numa vertente pessoal, paz designa um estado de espírito livre de todos os sentimentos negativos. É desejada por cada pessoa para si própria e para os outros, tal como nos referem

“*Paz (...)*” E<sub>3</sub>

“ (...) *se o senhor sofria ou se estava com desconforto, se calhar podemos experimentar a sensação de paz (...)*” E<sub>4</sub>

“ (...) *eu tenho muita tranquilidade, quando morre um doente (...)*” E<sub>3</sub>.

Sentir **alívio** é algo que o Enfermeiro experiêcia quando cuida do processo de morte: “ (...) *experimentar uma sensação de alívio (...)*” E<sub>4</sub>

É inevitável o sentimento de afeto por aqueles que cuidamos. Quanto mais tempo passamos com o doente, mais puro é o **afeto**, tal como nos mencionam

“ (...) *são pessoas que estão há bastante tempo connosco em que se cria alguma ligação afetiva(...)*”. E<sub>2</sub>

“ (...) *depende muitas vezes da afinidade que tem com o doente (...)* *depende do tempo que estive com o doente, quanto mais tempo estiver com eles mais afinidade criamos (...)*” E<sub>3</sub>

“ (...) *claro que custa até porque temos os doentes, que nós nos afeiçoamos (...)*” E<sub>11</sub>

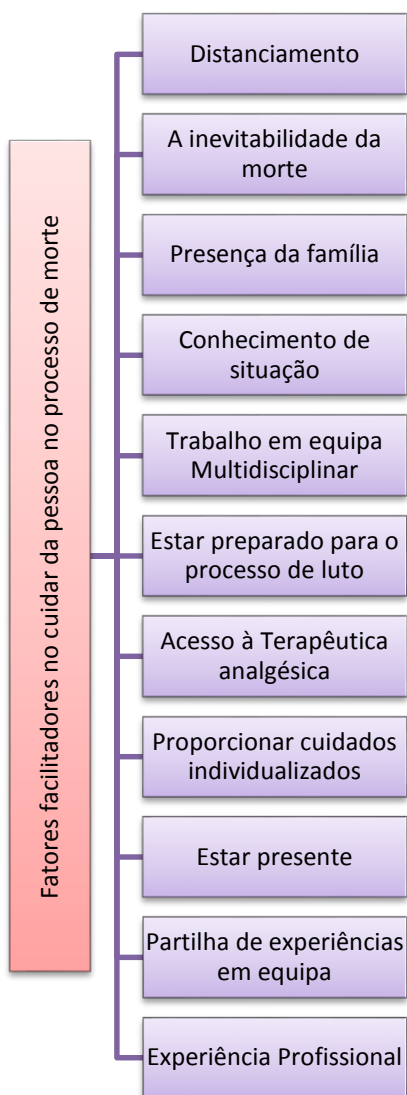
Como se pode observar, os Enfermeiros experienciam uma panóplia de sentimentos na sua maioria negativos como desilusão e impotência, mas, ao mesmo tempo, sentimentos positivos, como paz e o alívio.



### 13. Fatores facilitadores no cuidar da pessoa no processo de morte

Na voz dos entrevistados são diversos os fatores que facilitam o cuidar da pessoa no processo de morte de um doente, tais como: distanciamento, aceitar a inevitabilidade da morte, promover a presença da família, o facto da família e o enfermeiro terem conhecimento real da situação clínica da pessoa, o trabalho em equipa multidisciplinar, o facto de estar preparado para o processo de luto, ter acesso à terapêutica analgésica, proporcionar cuidados com dignidade, estar presente e a experiência profissional assim como a sua partilha, tal como é evidenciado na figura 4.

**Figura 4** - Fatores facilitadores no cuidar da pessoa no processo de morte



O **distanciamento** é considerado pelos Enfermeiros como um fator que potencia a não aproximação do doente mas que para eles se constitui um fator protetor, tal como nos referem os entrevistados:

*“(...) para mim é o mínimo envolvimento possível (...)”*. E<sub>1</sub>

*“(...) ter uma postura fria(...) tentar fazer aquilo o mais distante possível para também não pensar muito no assunto(...)”*. E<sub>4</sub>

*“(...) tento não pensar muito nisso é a mesma coisa de que saído trabalho e não penso mais no assunto (...)”*. E<sub>9</sub>

*“(...) é mesmo quando a barreira que eu crio da minha vida pessoal e sentimental ou aquilo que possa sentir (...)”*. E<sub>1</sub>

*“(...) pensar para mim que não são da minha família e a barreira que tento elevar entre eu e o doente”*. E<sub>10</sub>

A adaptação progressiva às perdas sucessivas levam o profissional de enfermagem a aceitar a **inevitabilidade da morte** facilitando deste modo o cuidar da pessoa em processo de morte, tal como nos referem:

*“(...) são velhinhos ou fases terminais e a gente sabe que o melhor para eles é ir (...)”*. E<sub>1</sub>

*“(...) a pessoa já vem com o diagnóstico feito (...) não digo prazo defino mas tem o fim dele já um pouco definido com a patologia que tem (...)”* E<sub>2</sub>

Favorecer a **presença da família** é outro dos aspetos que na opinião dos participantes ajuda no processo de morte, tal como nos aludem:

*“(...) estar com a família e/ou chamá-la e perguntar se querem estar presentes (...)”*. E<sub>1</sub>

*“(...) fatores facilitadores(...) é principalmente a família (...)”*. E<sub>2</sub>

*“Presença de família (...)”*. E<sub>3</sub>

*“Interação com a família.”* E<sub>6</sub>

*“(...) vão morrer mas acompanhados(...)”* E<sub>10</sub>

Quando o profissional de saúde tem dificuldade em falar sobre o diagnóstico, o doente/família tendem a não perguntar, ou seja, existe uma maior resistência em abordar o diagnóstico de uma doença terminal e não questionar sobre seu estado. A falta de informação muitas vezes interfere nos cuidados, daí o **conhecimento da situação** constituir-se um fator facilitador quer para a família, quer para o Enfermeiro, como se pode observar nos seguintes discursos:



*“ (...) quando a família vem do hospital, ou de um centro (...) IPO (...) já vêm conscientes do diagnóstico (...) quando não têm consciência do diagnóstico (...) vêm para cá a pensar que uma pessoa vai sair daqui a andar e a falar (...)” E<sub>2</sub>*

*“ (...) saber o diagnóstico e prognóstico facilita-nos e muito.” E<sub>5</sub>*

Os Enfermeiros consideram como aspeto facilitador **estar preparado para o processo de luto** tal como evidencia o seguinte excerto: *“ (...) uma boa preparação quer do doente quer da família (...) para a morte (...)” E<sub>3</sub>.*

O **acesso à terapêutica analgésica** ajuda os Enfermeiros a sentirem que podem aliviar a dor do doente minimizando assim sentimentos de impotência, tal como nos referem:

*“ (...) analgesia, é fundamental pois ajuda a que nós nos sintamos mais confiantes e não tão impotentes (...)” E<sub>3</sub>.*

*“ (...) temos acesso a fármacos (...) para estarem calmos e sem dor (...)” E<sub>8</sub>.*

**Proporcionar cuidados individualizados** é considerado pelos Enfermeiros como potenciador do seu dever cumprido, no sentido em que a pessoa foi respeitada no seu processo de morte preservando assim a sua dignidade *“ (...) tiveram os cuidados todos (...) com dignidade (...)” E<sub>10</sub>.*

**Estar presente** é considerado pelos enfermeiros como um fator também facilitador e que contribui para dignificar o processo de morte:

*“ (...) e a nossa presença (...)”. E<sub>3</sub>*

*“ (...) falta de tempo (...) também é resolvido com conversa, tempo e companhia que não teve. Andamos sempre a correr.” E<sub>8</sub>*

A **partilha de experiências em equipa** é narrado por um Enfermeiro como algo que se constitui facilitador do cuidar nestes processos: *“ (...) partilha de experiências é importante, até porque temos colegas novos (...) acaba por assimilar, até porque na nossa profissão também nos dá certas defesas e ferramentas para conseguirmos lidar com a morte.” E<sub>11</sub>.*

A **experiência profissional** também surge como elemento facilitador para cuidar da pessoa em processo de morte: *“ (...) desenvolvimento de capacidades práticas. O contacto com a morte em contexto diário (...)” E<sub>7</sub>.*

*“Experiência no trabalho é uma estratégia positiva (...)” E<sub>3</sub>*

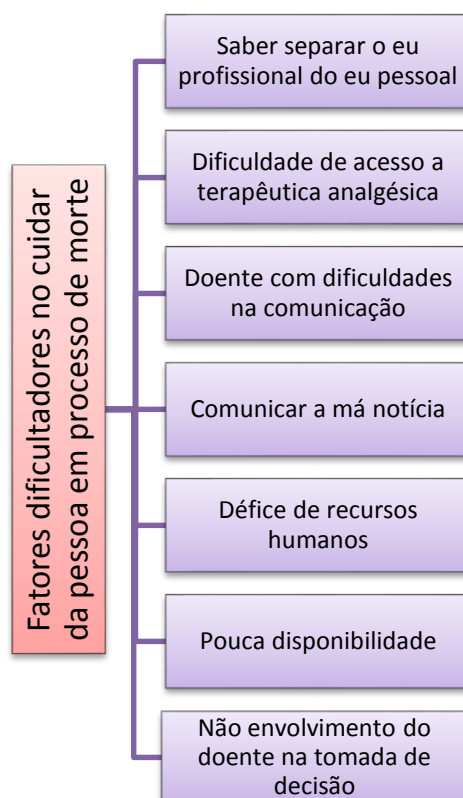
*“ (...) tem a ver muito com a personalidade da pessoa (...)” E<sub>7</sub>*

Em síntese, os entrevistados afirmaram-nos que há fatores que facilitam o cuidar da pessoa no processo de morte, com destaque para a presença e a partilha de experiências na equipa de trabalho, bem como toda a experiência profissional que os acompanha no dia-a-dia.

## 14. Fatores dificultadores no cuidar da pessoa em processo de morte

Na voz dos participantes é visível que existem fatores que os Enfermeiros apontam como sendo dificultadores no cuidar da pessoa em processo de morte, como sendo, o saber separar o eu profissional do eu pessoal, a dificuldade no acesso a terapêutica analgésica, as dificuldades na comunicação com o doente, assim como também foi explícito a dificuldade em comunicar a má notícia. Referiram ainda como dificuldades o défice de recursos humanos e por consequência a pouca disponibilidade para acompanhar os doentes/família, visível na figura 5.

**Figura 5** – Fatores dificultadores no cuidar da pessoa em processo de morte



Os Enfermeiros apresentam como grande dificuldade do **separar o eu profissional do eu pessoal** tal como demonstram os seguintes excertos:

*" (...) separação do "eu" pessoa e o "eu" profissional(...)". E<sub>3</sub>*

*" (...) estejam capacitados minimamente para lidar com a etapa da vida que é a morte (...) que no fundo nós tenhamos a capacidade de agir de forma coerente e fria (...) " E<sub>7</sub>*

*“ (...) exige muita preparação (...) nunca estamos verdadeiramente preparados (...) custa-me vê-los a sofrer e até acho que agora como saiu aquele testamento vital é bom para certas sítios. Eu sou um bocado a favor da eutanásia, uma eutanásia assistida e muito bem elaborada (...)” E<sub>11</sub>*

Ao prestarmos um bom cuidado, a maioria das mortes pode ser efetivamente em paz e relativamente livre de desconforto, embora alguns sintomas sejam difíceis de controlar. Sendo a dor a principal queixa apresentada pelos doentes, é necessário uma maior acesso a analgesia, foi referido por dois Enfermeiros entrevistados que há **difícultade no acesso a terapêuticas analgésicas**, tal como nos referenciam

*“ (...) medicação (...) endovenosa não é disponibilizada para este tipo de instituições (...).” E<sub>2</sub>*

*“ (...) muitas vezes não tem a analgesia suficiente (...)” E<sub>3</sub>*

Segundo os entrevistados, existem na Unidade **doentes com dificuldades na comunicação**, pelo que a comunicação é um desafio constante, tal como nos refere *“ (...) doente que não comunica... que é a maioria dos doentes aqui na Unidade (...)” E<sub>4</sub>*

Cabe, em muitas circunstâncias, ao Enfermeiro **comunicar a má notícia** aos doentes e/ou família, assim como nos refere:

*“ (...) é o comunicar à família (...) comunicar ao médico para fazer o estabelecimento do óbito (...)” E<sub>4</sub>*

*“ (...) Família ter conhecimento da situação (...)” E<sub>7</sub>*

*“ (...) sentir que os colegas vão ter de anunciar a morte e pedem-me a mim, porque tenho mais experiência (...)” E<sub>10</sub>*

*“ (...) dar a notícia à família, acho que é das coisas que mais me marcou até hoje (...)” E<sub>8</sub>*

Hoje em dia, vários são os constrangimentos que os Enfermeiros sentem nomeadamente os **défices de recursos humanos**, tal como nos descreve *“ (...) falta de recursos [humanos] da própria instituição (...)” E<sub>9</sub>*

A escassez de Recursos Humanos e o elevado número de doentes pode dificultar uma resposta adequada às suas necessidades, o que transparece nos discursos dos participantes quando apontam a **pouca disponibilidade** como um dos constrangimentos no âmbito do cuidar no processo de morte:

*“ (...) falta de tempo (...) falta disponibilidade para eles (...) para os ouvir/escutar (...)” E<sub>8</sub>*

*“Tempo (...) gostava de ter muito mais tempo. Doentes na fase terminal para terem todos os cuidados necessitava de mais tempo (...)” E<sub>9</sub>*

O **não envolvimento do doente na tomada de decisão** é considerada pelos Enfermeiros como um aspeto dificultador para o seu cuidar: *“(...) trabalho em equipa juntamente com a família fica muito dificultado quando uma pessoa pensa (...) que é um centro de recuperação (...)”* E<sub>2</sub>.

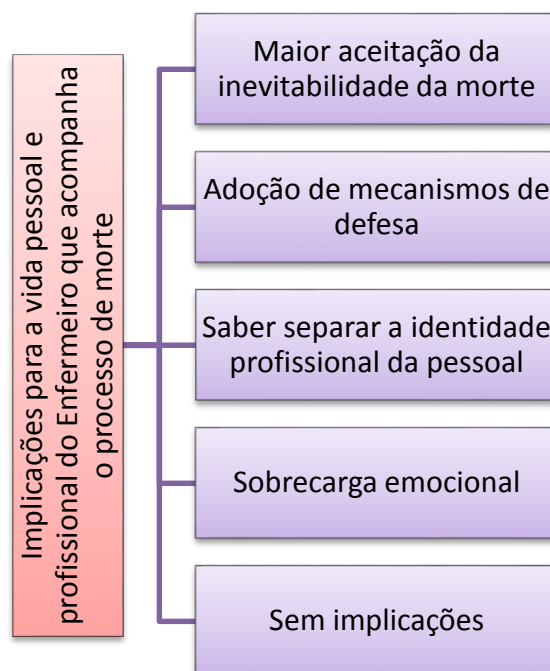
De facto, são diversas as dificuldades mencionadas pelos enfermeiros algumas das quais se centram em si próprios e no âmbito do doente e outras ainda no que se refere aos recursos terapêuticos e humanos



## 15. Implicações para a vida pessoal e profissional do Enfermeiro que cuida da pessoa no processo de morte

Os entrevistados consideram que cuidar acarreta implicações para a sua vida pessoal e profissional que podem ser benéficas ou prejudiciais, tais como: maior aceitação da inevitabilidade da morte, a adoção de mecanismos de defesa, o facto de saber separar a identidade profissional da pessoal. Os Enfermeiros ainda referiram a sobrecarga emocional como implicação perante os cuidados que executam. Alguns dos participantes referem que os acontecimentos diários que envolvem o cuidar da pessoa em processo de morte não têm implicações no seu quotidiano (figura 6).

**Figura 6** - Implicações para a vida pessoal e profissional do Enfermeiro que cuida da pessoa no processo de morte



Uma **maior aceitação da inevitabilidade da morte** é um dos aspetos que os Enfermeiros referem e que surge na sua experiência de cuidar:

*“ (...) traz uma forma de ver a vida e a morte antes de sermos Enfermeiros (...)” E<sub>1</sub>*

*“ (...) depende da forma como as pessoas lidam com a morte(...)” E<sub>6</sub>*

*“ (...) é apenas mais uma rotina da nossa vida profissional (...)” E<sub>5</sub>*

Outra das implicações é a que os Enfermeiros referem que ao cuidar dos doentes no processo de morte é a **adoção de mecanismos de defesa**, tal como abordam:

*“ (...) aprendemos a ganhar defesas (...)” E<sub>7</sub>*

*“ (...) tornamo-nos frios (...)” E<sub>8</sub>*

*“ (...) saio da Unidade e esqueço tudo (...)” E<sub>10</sub>*

*“ (...) acho que tem a sua carga emocional tanto a nível pessoal como a nível profissional(..)” E<sub>11</sub>*

*“Pessoalmente aumentamos a capacidade de agir de forma fria (...)”. E<sub>7</sub>*

Qualquer profissional que queira desempenhar as suas funções sem que nada exterior influencie, deve **saber separar a identidade profissional da pessoal**, desta forma em determinadas situações irão adotar uma posição assertiva mediante dos factos, tal como nos enunciam:

*“ Pessoalmente transmite-me mais conhecimentos (...)”. E<sub>2</sub>*

*“ Entro na Unidade esqueço a parte pessoal, saio da Unidade e esqueço a parte profissional.” (...)”. E<sub>10</sub>*

*“ (...) tento não levar para a vida pessoal, apesar de às vezes ser difícil (...) Acho que tem implicações, por mais que a gente queira desligar e separar águas (...)””. E<sub>11</sub>*

Os profissionais da equipa de enfermagem mostram diferentes reações ao assistir o paciente durante o processo de morte, e também o sofrimento dos seus familiares. E vivenciar essas situações provoca um sério desgaste emocional nesses profissionais. Provocando uma **sobrecarga emocional**, tal como nos relatam

*“ (...) tiramos sempre qualquer coisa, há sempre pessoas e coisas que nos marcam, coisas que numa pessoa não fizemos tão bem e noutra já vamos fazer melhor (...)”. E<sub>2</sub>*

*“ (...) como Enfermeira (...) implica algum esforço em termos de trabalho no final da morte com família (...)”. E<sub>3</sub>*

Aquele profissional que tem as suas barreiras do “eu” pessoal e da “eu” profissional bem definida perante a morte, refere que esta é **sem implicações para a vida pessoal**, tal como nos relatam

*“ (...) acho um processo natural na vida por isso não tem grandes implicações (...)” E<sub>9</sub>*

*“ (...) para a vida pessoal nenhuma (...)”. E<sub>3</sub>*

*“ (...) sei separar (...) a minha vida pessoal(...)”. E<sub>4</sub>*

*“ (...) não interfere com a pessoal (...)”. E<sub>5</sub>*

*“ (...) sei separar a minha vida profissional (...)”. E<sub>4</sub>*



Na experiência do cuidar, presente no cotidiano do Enfermeiro, estes salientaram a importância de saber separar identidade profissional e pessoa, evitando que haja uma sobrecarga emocional no desempenho profissional.



## 16. Estratégias mobilizadas pelos Enfermeiros para ultrapassar o sentimento de perda do doente

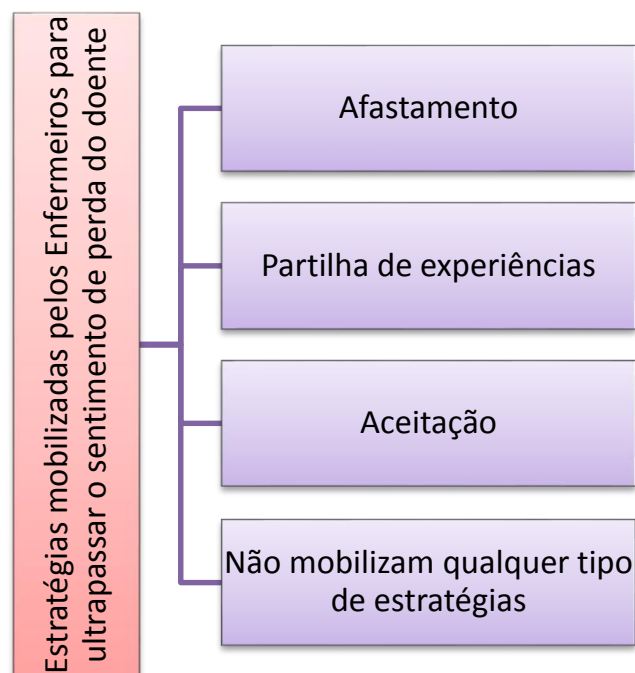
Cuidar no processo de morte envolve uma relação de ajuda e empatia entre quem cuida e é cuidado, originando quadros de stress.

Neste sentido, o Enfermeiro procura adotar estratégias que os ajude a enfrentar o processo de morte e a gerir estas situações.

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e preconizada pelo ICN (2011, p. 205) refere que *coping* pode ser compreendido como a posição para “*gerir o stress e ter uma sensação de controlo e de maior conforto psicológico*”.

Na voz dos entrevistados, emergiram, como categorias, o afastamento, a partilha de experiências, a aceitação, a experiência profissional e aqueles que não mobilizam qualquer tipo de estratégias, apresentadas na figura 7.

**Figura 7** - Estratégias mobilizadas pelos Enfermeiros para ultrapassar o sentimento de perda do doente



O **afastamento**, normalmente, ocorre como fuga às mais diversas circunstâncias do mundo do cuidar, tal como nos refere

*“Cada pessoa é uma pessoa. Eu sou assim [frio], há outros colegas que já não são assim (...)” E1*

*“Concentramo-nos nos doentes que estão bem, pode parecer um bocadinho frio mas tem obrigatoriamente de ser ultrapassadas (...)” E<sub>3</sub>.*

A **partilha de experiências** é referida por alguns Enfermeiros com a finalidade de resolver problemas interiores e como forma de “desabafo” de situações menos agradáveis, como o exemplo de enfrentar a morte de um doente, tal como nos referem alguns dos participantes:

*“ (...) fala-se entre nós, falamos um pouco dos momentos engraçados que tivemos com aquela pessoa, os convívios (...)” E<sub>2</sub>*

*“Conversa com colegas, com a própria família, saber se eles aceitaram bem a morte ou não (...)” E<sub>6</sub>*

O Enfermeiro aprende e percebe o valor de aceitar os abalos da vida como uma realidade factual. A implementação da **aceitação** dos factos leva a um equilíbrio emocional, este advém de saber experimentar o impacto das emoções de forma assertiva com a realidade, tal como nos mencionam:

*“ (...) permite ver essa perda por um lado positivo e pensar que os abalos da vida é uma realidade que temos de viver (...) lhe proporcionamos um bem-estar e uma qualidade de vida que ele não teria no domicílio (...)” E<sub>2</sub>*

*“Aceitar o fim como um momento mais do ciclo de vida ajuda a experienciar este período de forma mais positiva.” E<sub>5</sub>*

*“ (...) encarar as coisas como um processo natural da vida (...)” E<sub>9</sub>*

Observamos que alguns dos participantes no âmbito do cuidar da pessoa no processo de morte **não mobilizam qualquer tipo de estratégia** como indicam os seguintes extratos:

*“ (...) eu sou assim, há outros que já não são assim. Se calhar... isso tem a ver com as experiência de cada um (...) a nível profissional vamos ganhando competências(...)” E<sub>7</sub>*

*“Nunca tive necessidade de utilizar assim nenhuma estratégia (...) não afeta (...)” E<sub>4</sub>*

Várias são as estratégias apresentadas pelos entrevistados para ultrapassar o sentimento de perda e permitir que o seu desempenho seja o mais adequado perante a situação em causa, daí alguns mencionarem o afastamento e a aceitação da morte como fatores a encarar.

Concluída a apresentação e análise dos dados, no capítulo que se segue, vamos proceder à discussão dos resultados e sua relevância.

## **CAPITULO IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**



Neste capítulo vamos proceder à discussão dos resultados obtidos através da análise dos discursos dos participantes do estudo considerando as nossas reflexões sobre os mesmos e a ideia de outros autores e estudos realizados no âmbito da temática em estudo, os quais podem ampliar e reiterar os nossos achados. Esta é uma etapa importante pois permite-nos dar uma visão global sobre os dados obtidos, mas também difícil pois exige uma grande reflexão sobre todo o trabalho.

De modo a permitir uma melhor organização e olhar sobre os resultados obtidos, utilizaremos uma estratégia de apresentação idêntica ao capítulo anterior, seguindo as diversas áreas temáticas.

## **Significado de processo de morte na perspectiva dos Enfermeiros**

Cuidar da pessoa em processo de morte é envolvido por complexidade e particularidades que estão ligadas ao doente que se encontra nesta etapa, mas também, à forma como o Enfermeiro interpreta e atende as suas necessidades. Sabe-se que as alterações que ocorrem ao longo da doença são múltiplas e multidimensionais numa perspetiva individual. Neste sentido, foi importante perceber o significado de processo de morte para os Enfermeiros.

Os Enfermeiros do estudo consideraram doente em processo de morte é aquele que se confronta com o *fim*, com a *degradação do estado geral* e com o *fim do sofrimento*.

Salienta Martinez & Barreto (2002), que a palavra “fim de vida” usa-se para o final de uma coisa ou de uma série de coisas. Neste sentido, significa o final da vida, a morte.

Pacheco (2004) salienta que a palavra “doente em fim de vida” significa que o doente é portador de uma doença crónica e/ou incurável e que se encontra numa fase irreversível e de agravamento de sintomas, indícios da proximidade da morte.

Twycross (2003, p. 16) refere que “ o termo *paliativo* deriva do étimo latino *pallium*, que significa *manto, capa*. Nos cuidados paliativos, os sintomas são “*encobertos*” como tratamentos cuja finalidade primária ou exclusiva consiste em promover o conforto do paciente. Os cuidados paliativos, todavia, estendem-se muito mais para além do alívio dos sintomas físicos; eles procuram integrar os aspetos físicos, psicológicos e espirituais do tratamento, de modo que os doentes se possam adaptar à sua morte iminente de forma tão completa e construtiva quanto seja possível”.

Foi referido também que o fim de vida significa o *fim do sofrimento*, o que revela que estes consideram que o fim de vida acarreta sofrimento. Na opinião de Portocarrero (2001, p. 206) que “(...) *sem uma causa que o explique, sem um sentido que o permita entender, sem um significado que ilumine o seu mistério, todo o sofrimento é para o homem insuportável*”. O que nos faz entender o significado atribuído pelos Enfermeiros ao fim de vida como um processo que envolve uma interação complexa e multidimensional que gera sofrimento entre quem cuida e é cuidado.

Também a degradação progressiva do estado geral é apontado pelos enfermeiros do nosso estudo, o que vem ao encontro ao que refere Neto (2010) ao considerar a deterioração evidente e progressiva do estado físico, acompanhada de diminuição do nível de consciência, desorientação e dificuldade na comunicação. Este agravamento pode atingir o coma, o doente pode passar a maior parte ou a totalidade do dia acamado; a dificuldade progressiva na ingestão e deglutição, com origem na debilidade crescente ou nas alterações do estado de consciência; desinteresse pelos alimentos; a falência de muitos órgãos, acompanhada por vezes, de falência de controlo de esfíncteres; os sintomas físicos, variáveis de acordo com a patologia de base, embora as alterações da respiração e as perturbações da consciência possam ganhar relevo; os sintomas psico-emocionais: como angústia, agitação, crises de medos ou pânico, pesadelos, manifestados de acordo com a gravidade do estado do doente; Evidência e/ou percepção emocional, verbalizada ou não, da realidade da situação terminal.

De facto, o significado atribuído pelos enfermeiros ao processo de morte vem ao encontro ao que refere Sapeta (2011, p.23),

“Os enfermeiros, como seres sociais e culturais, não estão livres da influência da sociedade e dos valores que foram assimilando no curso das suas vidas, reagindo como pessoas comuns, com emoções e sentimentos negativos, de rejeição face à morte e aos doentes moribundos.”

### **Intervenções valorizadas pelo Enfermeiro no cuidar da pessoa no processo de morte**

Cuidar do processo de morte exige que o enfermeiro se foque neste processo como único para quem experiencia esta etapa da vida. Verificamos que os enfermeiros do nosso estudo se orientam para a promoção do conforto, da comunicação/interação, promover a presença da família, o acompanhamento no processo de luto, apoiar, respeitar, controlar a dor e cuidados ao corpo.



Promover o conforto é uma das intervenções executadas pelos enfermeiros, o que vem ao encontro de um dos objetivos dos cuidados paliativos: proporcionar o máximo de conforto, promovendo a máxima qualidade e dignidade de vida do doente e família, sem o intuito de acelerar ou atrasar o processo de morte (Neto, 2010)

Conforme refere Tutton & Seers (2004), o conforto está na natureza dos cuidados de enfermagem e é fundamental na prática de cuidados paliativos.

Barroso (2010) no seu estudo verifica que é importante desenvolver ações paliativas no contexto de unidades de internamento de agudos que promovam o conforto da pessoa em processo de morte, minorando e aliviando o sofrimento desta. No entanto, para os Enfermeiros do nosso estudo, o conforto foca-se mais na vertente física, o que vem ao encontro do estudo de Martins (2010) em que verifica que o termo conforto é utilizado pelos enfermeiros como uma intervenção de ordem física, com o objetivo de eliminar a dor e o desconforto, proporcionando algum bem-estar.

Satisfazer as necessidades da pessoa em processo de morte implica intervenções que se foquem na individualização das mesmas, consoante o contexto em que está inserido e segundo o significado atribuído às mesmas (Cerqueira, 2010). Neste sentido, promover a comunicação é essencial à vida social. Conforme Twycross (2003) os objetivos de uma boa comunicação assentam no reduzir a incerteza, melhorar os relacionamentos e indicar ao doente/família uma direção. Outro dos aspetos considerados fundamentais para que a comunicação seja efetiva é o trabalho em equipa.

De acordo com Twycross (2003, p. 18) *“os cuidados paliativos são melhor administrados por um grupo de pessoas que trabalhem em equipa. Esta encontrasse coletivamente empenhada com o bem-estar global do doente e da sua família. (...) Devido ao facto de existir uma sobreposição das atribuições, a coordenação constitui um factor importante do trabalho em equipa.”*

Os cuidados ao corpo surge como intervenções que os Enfermeiros valorizam no cuidar da pessoa o que nos parece até interessante considerar a concepção de “corpo da pessoa” modificou-se ao longo dos tempos, à medida que as ciências sociais evoluíram houve a necessidade de repensar a concepção de pessoa, e a relação intrínseca entre corpo e alma, entre corpo e consciência e entre corpo e espírito (Lopes, 1999).

Renaud (1994, p. 326) declara que “o corpo é o que de mais real possuímos. O primeiro nível que determina o ser e o aparecer da pessoa é o corpo”.

É fundamental que ao cuidar do corpo percebamos que este corpo é constituído por mente e espírito.

Novais (2003, p. 19) considera que *“Cuidar do corpo do outro depende efectivamente da concepção que se tem de corpo (do seu corpo e do corpo do outro). Se o corpo for visto*

*como mero reservatório de espírito e receptáculo e sustentação de funções fisiológicas, ou se, por outro lado, é visto como identidade da pessoa, e estas concepções irão necessariamente condicionar posturas diferentes no cuidar.”*

Torna-se fundamental que os cuidados ao corpo sejam focados como um cuidado que integra a pessoa. Tal como declarou Hennezel (1998, p. 21): “apesar das mudanças ocorridas no teu corpo para mim continuas a mesma pessoa”.

Promover a presença da família é apontado pelos enfermeiros como uma das intervenções executadas por eles. Hennezel (2000, p.59) afirma que *"o problema dos hospitais reside na circunstância de não se dar o devido lugar às famílias (...) as regras hospitalares não lhes permitem a presença tão necessária ao acompanhamento"*.

Salientamos que a presença da família é fundamental de forma a perceber como estão a lidar com o processo. Meleis [et al] (2010) considera que para o conhecimento do Enfermeiro se desenvolver é necessário melhorar a compreensão do processo e da experiência da pessoa que está sujeita à transição.

O acompanhamento no processo de luto é outra das intervenções que os enfermeiros mobilizam, o que vem ao encontro a Franco (2008), quando refere que o confronto com a doença e com o luto antecipatório da família há condições que facilitam a aceitação da perda nomeadamente: o conhecimento dos sintomas; o desenvolvimento da doença; uma estrutura familiar flexível; boa comunicação com a equipa profissional e com os membros da família, e um sistema de apoio formal e informal.

Conforme salienta Barbosa (2010), em algumas famílias emergem dificuldades persistentes que vão limitar as capacidades para lidar com perda e nos períodos precoces de luto estas famílias descompensam pela deterioração do seu funcionamento em três dimensões fundamentais: coesão, falha na comunicação e aumento do conflito.

Controlar a dor é outra das intervenções valorizadas pelos enfermeiros o que vem demonstrar que a dor não controlada afeta o bem-estar da pessoa. Refere Pereira (2006) que na fase final de vida a dor atinge uma prevalência de 75 a 85%.

Segundo Twycross (2003, p. 83) a *“dor é aquilo que o paciente chama de sofrimento (...) é um fenómeno somatopsíquico modulado pelo humor do paciente, pelo moral do paciente e pelo significado que a dor assume para o paciente.”*

Está patente que a intervenção do Enfermeiro no cuidar da pessoa no processo de morte passa por proporcionar conforto à pessoa, tentando minimizar o sofrimento desta, o que implica o saber comunicar com o paciente/família, tendo esta última como um patamar fulcral para saber lidar com o paciente. É fundamental, posteriormente, o acompanhamento destes no processo de luto e no cuidar do corpo *post-mortem*.

## **Sentimentos/Emoções Experimentados pelos Enfermeiros**

Cuidar do doente em processo de morte gera nos Enfermeiros uma panóplia de sentimentos tais como: desilusão, Impotência/incapacidade, pena, frieza, tranquilidade, respeito, tristeza, frustração, medo, perda, paz, alívio, afeição.

Frias (2003) refere que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, sentem-se desarmados perante a angústia das pessoas em processo de morte.

Também Moura (2011) salienta que os Enfermeiros fazem parte da experiência cultural da negação e afastamento da morte, experienciada pela nossa sociedade. Estes assumem a missão e a responsabilidade para a qual estão preparados: adiar e lutar contra a morte. A realidade concreta da morte é, para estes, bastante difícil de aceitar, pois, esta ocorre na maioria das vezes em condições que não respeitam a dignidade e resulta em sofrimento, quer para o doente quer para a respetiva família. Tudo isto gera no profissional de saúde vivências que o incomodam e se tornam até dolorosas, pois, na maior parte das vezes, estes não se sentem preparados, o que para além do próprio desgaste pode conduzir e condicionar o acompanhamento e o cuidar do doente em processo de morte.

Melo (2005) refere que neste processo (cuidar/cuidador) é essencial que o Enfermeiro esteja aberto e recetivo à pessoa que está a acompanhar, mas, ao mesmo tempo, seja capaz de estar desperto para identificar e reconhecer os seus sofrimentos e reações para que possa garantir que essa relação seja eficaz.

Sabemos que para o cuidar, o Enfermeiro terá de estar presente na sua plenitude, consciente daquilo que vive e sente, sendo capaz de reconhecer e apontar as sensações e sentimento que vivencia só sendo conhecedor do seu próprio conhecimento interno poderá tomar a atitude de alerta e atenção permanentes na maneira como cuida de si e do outro que lhe é confiado (Van Manen, 1997). O mesmo autor afirma que o que torna uma experiência única é o significado que cada um lhe confere tendo em conta as suas vivências, aquilo que a caracteriza e que lhe permite pensar acerca do seu próprio significado.

Sapeta (1997) refere que as reações emocionais dependem de variadíssimos fatores como a personalidade, a idade, a auto-imagem, o auto-conceito, bem como, das experiências anteriormente vividas.

Segundo Diogo (2006, p. 113) todas as emoções e sentimentos experimentados são reflexo das vivências, tudo isto diz respeito à esfera emocional, “*do mundo subjetivo-interior*”, que não sendo mensurável, não deixa “*de ser real na sua experiência humana*”.

Damásio (2001) indica como se relacionam e interligam de forma técnica as emoções, como sendo conjuntos complexos de respostas químicas e neurológicas, que compõem um modelo. O mesmo autor sendo um estudioso da área da neurobiologia, chegou à conclusão que as emoções são estruturas fixadas, surgem de forma involuntária e com uma função estabilizadora, que podem ser feitas sem decisão em consciência. Estes processos são definidos biologicamente, é o culminar de um processo evolutivo da espécie humana e dele dependem dispositivos cerebrais criados de forma natural.

Efetivamente os sentimentos experienciados pelos enfermeiros quando se confrontam com o processo de morte evidenciam momentos de forte intensidade emocional partilhados com a pessoa.

### **Fatores Facilitadores no cuidar da pessoa em processo de morte**

Na voz dos entrevistados, a vivência do processo de morte por parte do Enfermeiro, está dependente de múltiplos fatores, tais como: o distanciamento; favorecer o acompanhamento da família; aceitar a inevitabilidade da morte.

Uma das estratégias que os Enfermeiros apontaram durante as entrevistas foi o distanciamento, sendo este um distanciamento emocional, o qual descreve o estado no qual as pessoas se afastam de algo ou alguém. Estes, normalmente, parecem indiferentes. Esta indiferença é propositada para que o Enfermeiro crie a sua barreira entre ele e o doente.

Tal como nos mostra Twycross (2003, p. 40) é “... *importante evitar comportamentos que bloqueiem a expressão dos sentimentos negativos e dos medos, ou que aumentem a frustração e o ressentimento. Tais comportamentos são chamados de distanciamento, isto é, comportamentos através dos quais os profissionais de saúde evitam envolver-se com os doentes a nível psicossocial. Algumas abordagens podem mostrar-se úteis em certas ocasiões e inúteis noutras, por exemplo, fazer perguntas ou dar conselhos. Contudo, alguns comportamentos nunca devem ser adoptados: dar ordens; fazer ameaças; ser moralista/dar repreensões; fazer críticas*”.

Favorecer o acompanhamento da família, é facilitador do cuidar na opinião dos participantes e ainda, fundamental na colaboração entre os profissionais e a mesma.

Na opinião de Twycross (2003, p.54) “*se houver um grande desfasamento entre o que a família e o doente sabem sobre o diagnóstico e o prognóstico, pode criar-se uma barreira entre eles*”. Muitas vezes a família no sentido de proteger o doente tende a solicitar a

ocultação do diagnóstico e prognóstico, em que questionam o profissional de saúde se vai ou não revelá-los, *“esta deve ser considerada como uma reacção inicial de choque, que resulta do medo instintivo dos familiares relacionado com a morte, associado ao desejo de protegerem do sofrimento um ente querido. Não deve ser usada como desculpa para nada dizer ao doente. Se desejarmos que a família e o doente se apoiem mutuamente, é necessário passar desta reacção inicial para uma posição de maior abertura e confiança”*.

A informação é considerada pelos enfermeiros como um fator relevante no que se refere à ajuda necessária aos doentes e à família para lidar com a situação de doença.

Refere Lopes (2005, p.223) que a *“gestão da informação encontra-se associada à gestão dos sentimentos e pode desenvolver-se de modo informal e de acordo com as necessidades e solicitações manifestadas pelo cliente/família. A informação desempenha um papel importante, nomeadamente na reorganização necessária na vivência da transição”*.

Reis e Rodrigues (2002, p.100), referem-nos também que *“(...) Se o acto informativo não produzir qualquer efeito no destinatário (receptor) essa informação perde-se (...) a informação não pode desligar-se do seu significado e só é válida se produzir efeitos no receptor.”*

O trabalho em equipa multidisciplinar é considerado pelos enfermeiros deste contexto fundamental, surgindo, naturalmente, alguma dificuldades que foram assumidas.

Preparar para o processo de luto é fundamental, na medida em que o luto é a manifestação de reacções a uma perda significativa, existe o rompimento dos vínculos que as pessoas estabelecem umas com as outras (Parkes, 1998).

Twycross (2003, p.63) diz-nos que o *“o luto é a maior crise pessoal que muitas pessoas tem jamais de enfrentar e, tal como outros acontecimentos de vida stressantes tem sérias consequências para um número substancial de pessoas. O luto não é apenas emocional, é também uma experiência física, intelectual, social e espiritual. O luto afeta os sentimentos os pensamentos e o comportamento. Uma grande perda obriga as pessoas a adaptarem as suas concepções sobre o mundo e si próprias e o luto é um processo de transição. O luto é o processo através do qual as pessoas assimilam a realidade da sua perda e encontram uma forma de viverem sem a presença física da pessoa falecida”*.

A intervenção no luto constitui-se numa obrigação ético moral.

Lidar com o processo de morte exige disponibilidade do enfermeiro, pois tal como refere Hesbeen (2001, p.15) cuidar “implica dar atenção às outras pessoas com a intenção de as ajudar nas situações de vida própria dessas pessoas”.

A partilha de experiências é relevante para os enfermeiros do nosso estudo como refere Pessini & Bertachini (2004) que nasce uma sabedoria a partir da reflexão, da aceitação e do compromisso com o cuidado humano da vida no adeus final.

Partilhar, em contexto laboral, é a base principal para que estes desempenhem as suas funções adequadamente e ajudem a família no processo doloroso que é o luto.

### **Fatores dificultadores no cuidar da pessoa em processo de morte**

São várias as dificuldades experienciadas pelos enfermeiros perante o processo de morte.

Saber separar o eu profissional do eu pessoal é mencionado pelos enfermeiros como uma dificuldade.

Enfrentar um doente com dificuldades na comunicação é outra das dificuldades apontadas, o que vem demonstrar a importância que se atribui à comunicação. Refere Chalifour (1989, p.50): *“Para sobreviver, crescer e actualizar-se, a pessoa humana necessita estabelecer relações harmoniosas com o meio físico, humano e cultural no seio do qual ela troca informação...”*.

Outra das preocupações do Enfermeiro é a comunicação da má notícia, tal como refere Pereira (2005, p.44) *“a comunicação de más notícias em saúde, notícias que poderão ser alarmantes pelas repercussões físicas, sociais e familiares, continua a ser uma área cinzenta de grande dificuldade na relação doente/família/profissional de saúde, constituindo-se numa das situações mais difíceis e complexas no contexto das relações interpessoais”*.

Twycross (2003, p. 41) refere que *“as más notícias são informações que alteram drástica e desagradavelmente a opinião que o doente tem do seu futuro. Na prática a questão não reside tanto em «em dizer ou não dizer», mas sim em «quando e como dizer». Dar más notícias provoca habitualmente perturbações, tanto ao doente como à pessoa que as dá. É necessário estar preparado para enfrentar uma reacção emocional intensa, por exemplo lágrimas e cólera. Dar as notícias ao doente e à família em conjunto evita dificuldades e desconfianças. Também cria oportunidade para o apoio mútuo”*.

No contexto da prática da enfermagem, a comunicação torna-se num ferramenta essencial para o cuidar, sendo esta primordial para criação de vínculo e satisfação das necessidades do doente, no entanto a informação prestada ao doente/família deve ser “...gradual...” pois “... num contexto de cuidados continuados e de encorajamento conduz quase sempre ao aumento da esperança (...) Se um paciente dá sinais directos ou indirectos, de que não deseja considerar a sua doença como fatal é errado forçar-lo a admitir a verdade. O doente está a utilizar a negação como uma estratégia de adaptação e, como resultado, esta é vital para o seu presente bem-estar. Poucos doentes, porém, adoptam tal posição permanentemente.”

A pouca disponibilidade na opinião dos enfermeiros origina não mostrar à pessoa que está consigo, não revelando uma atenção particular o que é dificultador para quem cuida. Se para existir comunicação terapêutica nós precisamos de dar oportunidade ao doente, então precisamos de ser disponíveis para que isso aconteça. Na opinião de Riley (2004), a comunicação terapêutica é o suporte da relação de ajuda terapêutica.

Durman (2003) no seu estudo verificou que apesar dos enfermeiros reconhecerem a importância da comunicação terapêutica nos cuidados prestados ao doente, apontam falhas no relacionamento interpessoal e referem uma maior necessidade em ouvir os doentes.

A comunicação entre todos os pólos intervenientes neste processo torna-se fundamental para que não haja falhas entre todas as partes envolvidas nesta etapa complexa.

É fundamental repensar a temática da morte na atualidade, e discutir as condições que envolvem o contexto do processo de morte.

### **Implicações para a vida pessoal e profissional do Enfermeiro que cuida da pessoa no processo de morte**

A identidade profissional e pessoal também são atingidas, segundo os enfermeiros do estudo, o que está de acordo com Oliveira (2008, p.34) a morte provoca um grande impacto na identidade pessoal e profissional de toda a equipa que lhe prestou cuidados.

Também a sobrecarga emocional é referida e Rosado (1991) refere que o confronto com o cuidar em processo de morte emerge, frequentemente, mais problemas psicológicos do que físicos tais como: fadiga, enxaqueca, dificuldades respiratórias, insónias e anorexia, entre outros. Porém, os mais apontados são: sentimentos de impotência, chorar,

sensação de abatimento, sentimento de choque e de incredibilidade perante a perda, dificuldades de concentração, cólera, ansiedade e irritabilidade.

Acompanhar o processo de morte provoca efeitos na vida pessoal e profissional do enfermeiro, tal como foi visível neste estudo, em que os Enfermeiros preparados para o curar sentem que o seu objetivo não foi atingido o que significa fracasso perante o objetivo de curar.

Adoção de mecanismos de defesa é referida pelos enfermeiros do nosso estudo, o que vem ao encontro ao que saliente Saraiva (2007, p.29), o *“contacto com a morte ou com o processo de morte desperta uma inevitável resposta específica (...) tanto faz aceitá-la e elaborá-la ou tentar reprimi-la e negá-la”*.

Maior aceitação da inevitabilidade da morte, o que vem ao encontro ao que refere Azeredo [et al] (2010), a presença da morte no quotidiano dos profissionais de saúde é uma constante, deste modo, também se faz constante nas vivências e nas aprendizagens dos profissionais de saúde.

A grande variedade de sentimentos apontados por estes profissionais constituem mecanismos de defesa, pois a morte é inevitável e faz parte da vida.

### **Estratégias mobilizadas pelos Enfermeiros para ultrapassar o sentimento de perda do doente**

Os enfermeiros do nosso estudo procuram adotar variadas estratégias para ultrapassar o sentimento de perda do doente, que se estendem desde o afastamento, partilha de experiências; aceitação e no relato alguns Enfermeiros referem não necessitar de desenvolver qualquer tipo de estratégias.

Refere Cerqueira (2010) que o processo de morte está altamente associado a elementos com forte carga negativa, nomeadamente: sentimentos de dor, de sofrimento, de perda, de mal-estar físico e afetivo, de vazio e de partida para o desconhecido, imputando à pessoa que uma condição de fragilidade extrema.

O afastamento é adotado pelos enfermeiros como uma estratégia de coping, tal como refere Serra (2002) procura-se fugir de forma a esquecer ou atenuar o problema, sendo, denominados estes acontecimentos de “Fuga”, ou “Tentativa de fuga”.



Existem estudos que se referem ao mecanismo de negação, ou seja, uma atitude de aparente indiferença e passividade diante da situação, ou pensar na morte como uma espécie de destino, no qual não podem interferir (Yu e Chan, 2010; Shimizu, 2007).

A partilha de experiências é também adotada por alguns Enfermeiros, evidenciando deste modo atenuar aquilo que sente. Refere Serra (2002, p.386) “Algumas vezes procura falar do seu problema com alguém na tentativa de compartilhar e de atenuar ao mesmo tempo o peso da carga que sente”.

Assim, o recurso a ajuda externa pode assumir uma ajuda psicológica ou emocional, com um impacto positivo na redução do stress dos profissionais (Batista, 2008).

O estudo de Shorter e Stayt (2009) evidencia que a maioria dos Enfermeiros raramente recorre a meios de ajuda formal, mesmo quando a instituição dispõe dessa possibilidade. Verificaram como formas de apoio: conversar com colegas sobre as suas vivências, dilemas ou inquietações, pequenos desabafos na sala do café ou no intervalo de almoço, foram referenciados como grandes formas de ajuda pessoal (Yu e Chan, 2010; Machado, Pessini e Hossne, 2007).

A aceitação, também é mobilizada por alguns enfermeiros, podendo-se inferir que para que a *boa morte* possa ocorrer e para que os profissionais lidem adequadamente com todos estes aspetos, é fundamental encarar morte como processo natural.(Yu e Chan, 2010; Machado, Pessini e Hossne, 2007).

A reavaliação positiva, surge efetivamente das vivências quotidianas pois em todas as situações desenvolvemos estratégias de adaptação, proteção e de gestão de emoções e do stress que lhes está associado.

Para estes profissionais, a morte é tão frequente no seu quotidiano, que passa a ser “normal”, deixando de produzir impacto emocional.

Diogo (2006, p.244) refere-se a este tipo de estratégia, como uma espécie de “*blindagem profissional*” que permite aos enfermeiros defender-se do sofrimento que o confronto com a morte e as emoções que estão associadas ao processo de morte lhes desperta e com as quais não sabem lidar.

De facto cuidar da pessoa em processo de morte, exige dos enfermeiros a mobilização de competências científicas, técnicas e humanas.



## **CAPITULO V – CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS**



Neste presente capítulo pretendemos apresentar as principais conclusões do estudo realizado e a relevância das mesmas, assim como delinear algumas perspetivas e desafios futuros para a prática de cuidados e para a investigação no âmbito do cuidar da pessoa em processo de morte numa Unidade de Cuidados Continuados.

Os Enfermeiros confrontam-se diariamente com a morte e, independentemente da sua experiência profissional e das suas vivências, quase todos a olham com um certo sentimento de incerteza, desespero e angústia. Incerteza, na medida que se questiona se está a prestar todos os cuidados necessários para a promoção do conforto e bem-estar do doente, tão necessário a um processo de morte com dignidade; desespero, pelo facto de se confrontar com a vida e com a morte, questionando-se até quando evitar a morte e quando aceitá-la, pois não sabe como comunicar efetivamente com o doente e seus familiares, comunicação que é crucial em todos os momentos de partilha. Todos estes fatores constroem de forma severa o enfermeiro que procura cuidar daqueles cuja morte está eminente, não esquecendo porém que a família deve ser integrada em todo o processo do cuidar.

O Enfermeiro é o Profissional que diariamente se depara com o fim do ser humano, acompanhando-o com frequência a pessoa e família nesta fase da vida., com o objetivo de minimizar o sofrimento e ajudar no processo do luto.

Tendo presente o quadro teórico exposto, bem como os objetivos traçados para o presente estudo, obtivemos um conjunto de resultados que nos permitiram compreender as experiências do Enfermeiro no âmbito do cuidar da pessoa em processo de morte numa Unidade de Cuidados Continuados, tendo-se obtido algumas conclusões, que passamos a apresentar:

- Os significados atribuídos ao processo de morte pelos participantes surgem com perspetivas diferentes, enquanto para uns é visto como algo positivo, pois significa o fim do sofrimento, para outros tem uma visão mais negativa, na medida em que simboliza a degradação do estado geral da pessoa.
- No cuidar da pessoa em processo de morte, os participantes expressaram que valorizam um conjunto de intervenções de enfermagem direcionadas para o conforto e bem-estar quer do doente, quer da família.
- Sobressai deste estudo que existem um conjunto de fatores que interferem no cuidar da pessoa em processo de morte, os quais podem facilitar ou dificultar a intervenção dos enfermeiros e que estão centrados quer no doente/família, quer na organização, mas também no próprio profissional. Como facilitadores destaca-se a presença e a partilha de

experiências na equipa de trabalho, bem como toda a experiência profissional, como dificultadores os recursos terapêuticos e humanos

- As experiências relatadas evidenciam que cuidar nestes contextos gera uma panóplia de sentimentos quer negativos- desilusão e impotência- quer positivos, como a paz e o alívio e tem também implicações para a vida pessoal e profissional, algumas das quais podem ser potenciadoras do seu desenvolvimento a estes dois níveis. Para gerir /lidar com estas situações inerentes ao cuidar em enfermagem o enfermeiro mobiliza um conjunto de estratégias desde o afastamento, à aceitação e partilha de experiências.

Em suma, o estudo permitiu-nos compreender a complexidade e abrangência dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa em processo de morte, bem a importância do acompanhamento à família, quais as intervenções mais valorizadas, mas acima de tudo compreender atitudes, sentimentos experimentados por estes profissionais e quais as implicações para a vida profissional e pessoal, assim como, as estratégias que estes mobilizam para gerir e agir nestas situações.

A gestão de tempo foi deveras a maior dificuldade sentida ao longo deste processo de investigação, uma vez que se tornou árdua a conciliação da vida profissional e pessoal para a recolha de dados através das entrevistas, pois também a disponibilidade dos Enfermeiros a entrevistar não era na sua maioria compatível.

Foi um desafio pela pouca experiência nesta prática de investigação, bem como nos procedimentos metodológicos em investigação técnica da entrevista, análise e discussão de resultados e sistematização da informação obtida.

Futuramente noutras investigações, sugerimos a utilização deste mesmo estudo noutros serviços com as mesmas características ou não, pois achamos que seria muito importante e extremamente relevante a realização de outros estudos dentro desta área temática, mas utilizando uma outra perspetiva, tendo em conta que, ao longo deste estudo, várias vezes nos interrogámos sobre o processo de morte do ponto de vista do doente ou do ponto de vista da família.

Findo este percurso, ele não é somente importante pelos resultados obtidos, mas também e acima de tudo pelo que patenteia na prática e capacidades ampliadas na sua realização, contribuindo para o nosso desenvolvimento profissional e pessoal.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARGENTA, C... [et al.] – A morte em setor de emergência e seus reflexos na equipe de saúde: uma revisão bibliográfica. In **rev. Cogitare enfermagem**: 13(2):284-289, Jan./Mar., 2008.

ARIÈS, Philippe – **Sobre a história da morte no ocidente desde a idade média**. 4ª ed. Lisboa: Teorema, 2010. 222 p. ISBN 978-972-695-948-9.

AZEREDO [et al] – O enfrentamento da morte e do morrer na formação de acadêmicos de Medicina. **Rev. Bras. Educ. Med. Rio de Janeiro**, 2010. 35 (1), p. 37-43.

BARBOSA, António – Espiritualidade. In BARBOSA, A.; NETO, I. (coord.) – **Manual de cuidados paliativos**. 2ª ed. Lisboa : Faculdade Medicina da Universidade de Lisboa, 2010. 814 p. ISBN: 978-972-9349-22-5.

BARBOSA, António – Processo de Luto. In: BARBOSA, António; NETO, Isabel **Manual de Cuidados Paliativos**. 2ª ed. Núcleo de Cuidados Paliativos. Centro de Bioética, Lisboa : Faculdade de Medicina de Lisboa, 2010.

BARDIN, L. – **Análise de conteúdo**. 6ª ed. São Paulo : Edições 70, 2011. 280 p. ISBN: 978-85-62938-04-7.

BATISTA, Paula Manuela Pires Marques Miguel. – **Stress e coping nos enfermeiros dos cuidados paliativos em oncologia**. [em linha]. Porto : Autor, 2008. Dissertação de Mestrado. [consult. a 3 de Dez. de 2014]. Disponível na WWW, URL: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19398/2/Paula%20Batista%20Mestrado%202008.pdf>>.

BECKSTRAND, R.; CALLISTER, L. e KIRCHHOFF, K. – Providing a “good death” : critical care nurses suggestions for improving end-of-life care. **American Journal of Critical Care**. 2006. 15,(1), p. 38-45.

BELL, Judith – **Como fazer um projecto de investigação**. Lisboa : Gradiva, 1997.

BELL, Judith – **Como realizar um projecto de investigação : um guia para a pesquisa em ciências sociais e da educação**. 2ª ed. Lisboa : Gradiva, 2002. ISBN : 972-662-524-6.

BERNARDO, A.; ROSADO, J. e SALAZAR, H. – Burnout e auto-cuidado. In BARBOSA, A. E NETO, I. – **Manual de cuidados intensivos**. 2ª ed. Lisboa : Faculdade de Medicina, 2010. p. 773-783.

BEST, J. W. – **Como investigar en educación**. 2ª ed. Madrid : Marota, 1972.

**Bib\_ ver a bib sobre o pita desde que exista a 5ª ed deve se colocar a mais recente, se calhar é já por isso que ela não estaria na bib...**

BOGDAN, Robert; BIKLEN, Sari Knopp – **Investigação qualitativa em educação : uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto : Porto Editora, 1994.

BORGES, A. – Morrer dignamente: a obstinação terapêutica. In ARCHER, L.; BISACAIA, J. OSSWALD, W. – **Bioética**. São Paulo: Editorial Verbo, 1996. 364 p.

BOWLBY, John – **Perda – tristeza e depressão**. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1993. ISBN : 85-336-0222-7.

BRYMAN, A. – **Social research methods**. 3<sup>rd</sup> ed. Oxford : oxford University press, 2008.

CAPELAS, Manuel Luís; NETO, Isabel Galriça – Organização de serviços. In BARBOSA, António; NETO, Isabel – **Manual de cuidados paliativos**. 2ª ed. Lisboa : Faculdade Medicina da Universidade de Lisboa, 2010. 814 p. ISBN : 978-972-9349-22-5.

CARDOSO, Alexandrina – Aconselhamento no luto. In **Revista Sinais Vitais** nº 41, Março, 2002. pág. 29-32.

CERQUEIRA, M. [et al] – **Envelhecer em família : cuidados familiares na velhice**. Porto : Ambar editora, 2004. 171 p. ISBN : 972-43-0861-8.

CERQUEIRA, Maria Manuela Amorim – **A pessoa em fim de vida : o processo de cuidado face ao sofrimento**. [em linha]. Lisboa : Autor, 2010. 245 p. Tese de Douturamento. [consult. a 3 de Dez. de 2014]. Disponível na WWW, URL: <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/3614>>.

CERQUEIRA, Maria Manuela Amorim – **O cuidado e o doente paliativo : análise das necessidades/dificuldades do cuidador para o cuidar do doente paliativo no domicílio**. Coimbra : Formasau – Formação e Saúde, 2005. ISBN : 972-8485-49-2.

CHALIFOUR, J. – **La relation d'aide en soins infirmiers : une prespective holistique**. Quebec : G  tan morin editeur, 1989.

COLLI  RE, Marie-Françoise – **Cuidar... a primeira arte**. 2   ed. Loures : Lusociência, 2003.

COLLI  RE, Marie-Françoise – **Promover a vida : da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. 2   ed. Loures : Lusociência, 1999. 385 p. ISBN : 972-95420-0-7.

CUIDADOS PALIATIVOS : dar vida aos dias – **Doente terminal**. [em linha]. [consult. a 3 de Dez. de 2014]. Disponível na WWW, URL: <http://darvidaaosdias.weebly.com/direitos-do-doente-terminal.html>>.

CUMBE, Vasco Francisco Japissane – **Síndrome de Burnout em médicos e enfermeiros cuidadores de pacientes com doenças neoplásica em serviços de oncologia**. [em linha]. Porto: Autor, 2010. Disserta  o de Mestrado. [consult. a 3 de Dez. de 2014]. Disponível na WWW, URL: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/55421/2/Sndrome%20de%20Burnout%20em%20Mdicos%20e%20Enfermeiros%20Cuidadores%20de%20Pacientes%20com%20Doenas%20Neoplsicas%20em%20Servios%20de%20Oncologia.pdf>>.

CURTIS, J. Randall – Caring for patients with critical illness and their families : the value of the integrated clinical team. **Respiratoy Care**. 2008, apr, 53(4):480-7.

DAMÁSIO, A. – **O livro da consciência : a constru  o do cérebro consciente**. Lisboa : Temas e Debates, 2010.

DAMÁSIO, A. – **O sentimento de si : o corpo, a emo  o e a neurobiologia da consciência**. 13   ed. Mem Martins: Publica  es Europa-América, 2001.

DAVIES, Douglas J. – **História da morte : as diferentes atitudes do homem perante a morte**. Lisboa : Teorema, 2005. ISBN : 978-972-695-781-2.

DICIONÁRIO DO PORTUGUÊS ATUAL – **HOUAISS**. [s l]: Círculo de Leituras e Sociedade Houaiss-Edi  es Culturais, 2011. ISBN : 978-972-42-4723-6.

DIOGO, P. – **A vida emocional do enfermeiro : uma prespectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados**. Coimbra : Editora Formasau, 2006.

DURMAN, S. – Enfermeiros assistenciais construindo a rela  o de ajuda terapêutica em hospital geral. [em linha]. **Revista Cogitare Enfermagem**, 2003. 8 (2), 44 - 53. [consult. a 3 de Dez. de 2014]. Disponível na WWW, URL: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/1693/1401.pdf>>.

ELIAS, Norbert. – **A Solidão dos moribundos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE – **Avalia  o do acesso dos utentes aos cuidados continuados de saúde**. [em linha]. Porto : ERS, 2013. [consult. a 3 de Dez. de 2014]. Disponível na WWW, URL: [https://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/824/Cuidados\\_continuados.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/824/Cuidados_continuados.pdf)>.



ESPINHOSA, Laura [et al] – ICU nurses' experiences in providing terminal care. [em linha]. **Critical Care Nursing Quarterly**. 2010. vol. 33. nº 3 pp. 273-281. [consult. a 3 de Dez. de 2014]. Disponível na WWW, URL: [http://www.sonoma.edu/users/k/koshar/n300\\_rn\\_bsn/Qual\\_crit\\_ICU-Nurses.pdf](http://www.sonoma.edu/users/k/koshar/n300_rn_bsn/Qual_crit_ICU-Nurses.pdf)>.

**Faz falta ver o tipo de letra e ao mesmo tempo a codificação**

FERNANDES, Maria Júlia Carneiro – **Significados do cuidado de enfermagem à pessoa idosa em cuidados intensivos**. [em linha]. Aveiro: Autor, 2008. Dissertação de Mestrado. [consult. a 3 de Dez. de 2014]. Disponível na WWW, URL: <http://hdl.handle.net/10773/3281>>.

FERREIRA, C.F. – Morrer na presença de quem cuida. In **Revista Sinais Vitais**, (Set. 2004), p.30-33.

FORTIN, Marie-Fabienne – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusociência., 2006. ISBN : 978-989-8075-18-5.

FORTIN, Marie-Fabienne – **O processo de investigação : da conceptualização à realização**. Loures: Lusociência., 2000.

FORTIN, Marie-Fabienne E bouchard, L. – **Caring for individuals at the end of life in a curative care unit : privileges and heartbreaks**. [em linha]. Canadian Oncology Nursing Journal. 19(3), 2009. [consult. a 3 de Dez. de 2014]. Disponível na WWW, URL: <http://www.cano-acio.ca/~ASSETS/DOCUMENT/CONJ%20-%20Fall%202009%20-%20Fortin.pdf>>.

FRANCO, M. H. P. – Luto em Cuidados Paliativos. In: OLIVEIRA, R. A. (coord.) **Cuidado Paliativo**. São Paulo : Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.

FRIAS, Cidália de Fátima Cabral – **A aprendizagem do cuidar e a morte : um desígnio do enfermeiro em formação**. Loures: Lusociência., 2003. ISBN : 972-8383-50-9.

GOLEMAN, D. – Inteligência emocional. Lisboa : Sábado, 2006.

GONÇALVES, JASF. 2006, “**A Boa Morte: Ética no fim da vida**”. Porto: Autor, 2006. Dissertação de Mestrado

HANSEN, L. [et al] – Nurses' perceptions of end-of-life care after multiple interventions for improvement. [em linha]. **American Journal of critical Care**. 2009. May;18(3):263-71. [consult. a 3 de Dez. de 2014]. Disponível na WWW, URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19411585>>.

HENNEZEL, Marie – **Diálogo com a morte: os que vão morrer ensinam-nos a viver**. 4ª ed. Lisboa: Notícias Editorial, 2000. ISBN: 972-46-0793-3.

HENNEZEL, Marie, & LELOUP, Jean-Yves – **A arte de Morrer**. Lisboa: Editorial Notícias, 1998.

HESBEEN, Walter – **Cuidar neste mundo : contribuir para um universo mais cuidador**. Loures : Lusociência, 2004.

HESBEEN, Walter – **Cuidar no hospital : enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar**. Loures : Lusociência, 2000.

HESBEEN, Walter – **Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar**. Loures: Lusociência, 2001.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN) – **CIPE versão 2: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. Lisboa: Conselho Internacional de Enfermagem, Ordem dos Enfermeiros. 2011.

KUBBLER-ROSS, Elisabeth – **Sobre a morte e o morrer**. S. Paulo: Martins Fontes. 1994.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth – **Acolher a morte : o que os pacientes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiros, sacerdotes, e às suas próprias famílias.** Cruz Quebrada : Estrela Polar, 2008. 324 p. ISBN : 978-972-8929-82-4

KÜBLER-ROSS, Elisabeth – **Sobre a morte e o morrer : o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos seus próprios parentes.** 8ª ed. São Paulo : Martins Fontes, 1998. ISBN : 85-336-0963-9.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. – **Death : the final stage of growth.** New York: Touchstone, 1986.

LAZARUS, R.; FOLKMAN, S. – **Stress, appraisal and coping.** New York : Springer Publishing Company, 1984.

LAZURE, H. – **Viver a relação de ajuda.** Lisboa: Lusodidacta. 1994.

LODI, João Bosco – **A entrevista: teoria e prática.** 2ª ed. São Paulo: Pioneira, 1974.

LOPES, Manuel José – Os clientes e os enfermeiros: construção de uma relação. [em linha]. **Rev. Esc Enferm USP**, 2005 ; 39(2):220-8. [consult. a 3 de Dez. de 2014]. Disponível na WWW, URL: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n2/13.pdf>>.

MACEDO, Erivelto da Silva [et al] – A percepção do enfermeiro frente à morte do paciente de UTI de adulto. [em linha]. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online**, 2010. Jan/mar. 2 (1), 690-703. [consult. a 3 de Dez. de 2014]. Disponível na WWW, URL: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/519/pdf\\_7](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/519/pdf_7)>.

MACHADO, K.; PESSINI L. e HOSSNE, W. – A formação em cuidados paliativos da equipe que atua em unidade de terapia intensiva : um olhar da bioética. **Bioethikos – Centro Universitário de S. Camilo**, 2007. 1 (1), 34-42.

Manual de Assistência Espiritual e Religiosa Hospitalar - 2010 <<https://www.hospitaldebraga.pt/ResourceLink.aspx?ResourceName=Manual%2Bde%2BAssist%25c3%25ancia%2BEspiritual%2Be%2BReligiosa%2BHospitalar.pdf>>

MARCONI, Mariana de Andrade; LAKATOS, Eva Maria – Fundamentos de metodologia científica. 5ª ed. São Paulo : Atlas, 2003.

MARTINEZ, E. & BARRETO, M. P. – Cuidados paliativos a la persona en la fase final de la vida. In DIAS, M. R. & DURÁ, E. (coord.). **Territórios da Psicologia Oncológica.** Lisboa: Climepsi Editores, 2002. p. 527-545.

McMILLEN, R. – End of life decisions: nurses perceptions feelings and experiences. **Intensive and Critical Care Nursing**. 2008, 24, 251-259.

MELO, Ana Isabel Martins Teixeira de – **Emoções no período escolar: estratégias parentais face à expressão emocional e sintomas de internalização e externalização da criança.** [em linha]. Braga : Autor, 2005. Dissertação de Mestrado. [consult. a 3 de Dez. de 2014]. Disponível na WWW, URL: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4926/1/TESE%20MESTRADO%20ANA%20MELO.pdf>>.

MILLWARD, Lynne J. – Contextualizing social identity in considerations of what it means to be a nurse. **European Journal of Social Psychology**, 1995, vol. 25 nº 3.

MORGAN, J. – End of life care in UK critical care units – a literature review. **Nursing in Critical Care**. 2008, 13 (3), 152-161.

MORIN, Edgar; RODRIGUES, Cleone Augusto – **O homem e a morte.** Rio de Janeiro: Imago, 1997.

MOURA, C. – **A inevitabilidade da morte e o cuidar em fim de vida: entre a filosofia e a bioética.** Lisboa: Coisas de Ler Edições, 2011.

MOURA, Maria de Jesus Catarino de – **Para uma compreensão das estratégias de coping utilizadas por crianças com cancro e respetivas mães**. [em linha]. Lisboa : Autor, 2004. Dissertação de Mestrado. [consult. a 3 de Dez. de 2014]. Disponível na WWW, URL: <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/721/1/DM%20MOUR-MA1.pdf>>.

NASCIMENTO, C. A, [et al] – A significação do óbito hospitalar para enfermeiros e médicos. **Rev. RENE**. 2006; 7(1):52-60.

NETO, Isabel – Agonia. In BARBOSA, António; NETO, Isabel – **Manual de cuidados paliativos**. 2ª ed. Lisboa : Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010. 814 p. ISBN : 978-972-9349-22-5.

NETO, Isabel – Princípios e fisiologia dos cuidados paliativos. In BARBOSA, António; NETO, Isabel – **Manual de cuidados paliativos**. 2ª ed. Lisboa : Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010. 814 p. ISBN : 978-972-9349-22-5.

NÓVOA, A. (org.). **Vida de professores**. Porto: Porto Editora, 2000.

NUNES, A. – **A preparação dos enfermeiros para acompanhar um doente numa situação terminal de vida**. Lisboa: Autor, 2004. Dissertação de Mestrado.

OLIVEIRA, A. – **O desafio da morte**. Lisboa: Âncora, 2008.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Código deontológico do enfermeiro : anotações e comentários**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Divulgar – competências dos enfermeiros de cuidados gerais**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem : enquadramento conceptual : enunciados descritivos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Dor : Guia orientador de boa prática**. [em linha]. [Lisboa]: OE, 2008. ISBN : 978-972-99646-9-5. [consult. a 3 de Dez. de 2014]. Disponível na WWW, URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>>.

PACHECO, Susana – **Cuidar a pessoa em fase terminal : perspectiva ética**. 2.º ed. . Loures : Lusociência, 2004. 152 p. ISBN 972-8383-30-4.

PARENTE, P. – Que informação dar ao cliente/ família? – ISTn **Ética nos cuidados de saúde. Dossier Sinais Vitais 3**. Coimbra : FORMASAU

PEREIRA, Maria Aurora Gonçalves – **Comunicação de más notícias em saúde e gestão do luto : contributos para a formação em enfermagem**. [em linha]. Porto : Autor, 2005. Tese de Doutoramento. [consult. a 3 de Dez. de 2014]. Disponível na WWW, URL: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/22906>>.

PEREIRA, Pedro (1999) – Ritos de Morte. in **Trajectos e Projectos** nº1, Maio, pág. 27-40.

PESSINI L. e BERTACHINI L. – **Humanização e Cuidados Paliativos**. 2ª ed. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

PITTA, A. – **Hospital: dor e morte como ofício**. 5ª Ed. São Paulo: Annablume/Hucitec., 2003.

PORTOCARRERO, Maria Luísa – Corpo-Próprio, Sofrimento, Memória. In CANTISTA, Maria José (coord) – **A dor e o sofrimento, abordagens**. Porto: Campo das Letras, 2001. p. 203-214.

PORTUGAL, Ministério da Saúde – **Optimizar recursos, gerar eficiência**. [em linha]. [consult. a 3 de Dez. de 2014]. Disponível na WWW, URL: [www.acss.min-saude.pt](http://www.acss.min-saude.pt)>.

QUIVY, Raimond e CAMPENHOUDT, Luc Van – **Manual de Investigação em Ciências Sociais: trajectos**. 2ª ed. Lisboa: Gradiva, 1998.

RAPOSO, João. – “O Cuidar e o Morrer”. In: **Cadernos de Bioética**, nº 31. (2003), pp. 91-108.

REIS, F.; Rodrigues, V. – **A axiologia dos valores e a sua comunicação no Ensino de Enfermagem**. Lisboa. Climepsi Editores, 2002.

RILEY, J.B. – **Comunicação em enfermagem**. (4ª ed.). Loures: Lusociência. 2004.

RODRIGUES, A. e CHAVES, E. – Fatores Estressantes e Estratégias de *Coping* dos Enfermeiros Atuantes em Oncologia. **Revista Latino - Americana de Enfermagem**. 2008. 16 (1).

ROMEU, Marta Morais – **O enfermeiro perante a morte : as vivências dos enfermeiros face ao processo de morte**. Porto: Autor, 2007. Dissertação de Mestrado.

ROSADO, M. – **Os técnicos de saúde face ao doente com doença grave**. Lisboa: Vozes. 1991.

SANCHES, P. e CARVALHO, M. – Vivência dos enfermeiros de unidade de terapia intensiva frente à morte e o morrer. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. 2009. 30 (2), 289-296.

SANDERS, C. – **Grief. The mourning after : dealing with adult bereavement**. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Jonh Wiley & Sons, Inc. 1999.

SANTOS, Maria Celeste Cordeiro Leite dos – **Conceito médico-forense de morte**. [em linha]. São Paulo: USP, [s d]. [consult. a 3 de Dez. de 2014]. Disponível na WWW, URL: <http://www.revistas.usp.br/rfdusp/article/viewFile/67369/69979>>.

SAPETA, Ana Paula Gonçalves Antunes – **A família face ao doente hospitalizado : o caso particular do HAL**. [em linha]. Évora : Autor, 1997. 165 p. Dissertação de Mestrado. [consult. a 3 de Dez. de 2014]. Disponível na WWW, URL: <http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/498/1/Tese%20Mestrado%20Sociologia%20PSapeta.pdf>>.

SAPETA, P. – **Cuidar em fim de vida: o processo de interação enfermeiro - doente**. Loures, Lusociência, 2011. ISBN: 978- 972-8930-69-1

SAPETA, P. e LOPES, M. – Cuidar em fim de vida: factores que interferem com processo de interação enfermeiro doente, **Revista Referência II Série**. 2007. 4, 35-56.

SARAIVA, D. M. – O enfermeiro e a morte. **Revista Nursing**. 2007. p. 25-30.

SARAIVA, Dora – Reflectir o cuidar em enfermagem. **Revista Nursing**. 2008, nº 320/fevereiro p. 14-20.

SARAIVA, Dora. – Atitude do enfermeiro perante a morte. **Revista Nursing**. 2009. 244, 20-26.

SERRA, V. – **O Stress na Vida de Todos os dias**. Coimbra: Adriano Vaz Serra Editora. 2002.

SHIMIZU, H. – Como os trabalhadores de enfermagem enfrentam o processo de morrer. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2007, 60 (3), 257-262.

SHORTER, M. e STAYT, L. – Critical nurses`experience of grief in an adult care unit. **Journal of Advanced Nursing**, 2009. 159-166.

SOCIEDADE FRANCESA DE ACOMPANHAMENTO E DE CUIDADOS PALIATIVOS (SFAP) – **Desafios da enfermagem em cuidados paliativos: cuidar – éticas e práticas**. Loures: Lusociência; 2000. ISBN : 972-8383-17-7.

STAKE, R. E. – **Investigación com estudo de casos**. Madrid: Ediciones Morata, 1998. ISBN 84-7112-422-X.

STEDFORD, Averil – **Encarando a morte : uma abordagem ao relacionamento com o paciente terminal**. Porto Alegre: Artes Medicas, 1986.

TUTTON, E., & SEERS, K. – Comfort on a ward for older people. **Journal of Advanced Nursing**, 2004, vol. 46 (4), 380-389.

TWYXCROSS, R. – **Cuidados paliativos**. 2ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2003. ISBN 972-976-093-6

UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS – **5 SENSI : saúde e bem estar**. [em linha]. Tregosa, 2013. [consult. a 3 de Dez. de 2014]. Disponível na WWW, URL: <http://www.5sensi.pt/pt/contactos.html>>.

UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (UMCCI) – **Manual do prestador : recomendações para a melhoria contínua**. [em linha]. Lisboa : UMCCI, 2011. [consult. a 3 de Dez. de 2014]. Disponível na WWW, URL: [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/UMCCI-RNCCI\\_Manual\\_do\\_Prestador.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/UMCCI-RNCCI_Manual_do_Prestador.pdf)>.

VAN MANEN, M. – **Researching lived experience. Human science for an action sensitive pedagogy**. New York: State University of New York, 1997.

WALDOW, V.; LOPES, M. e MEYER, D. – **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1995.

WATSON, J. – **Enfermagem: ciência humana e cuidar – uma teoria de enfermagem**. Loures: Lusociência, 2002. 182 p. ISBN : 972-8383-33-9.

WILSON, J. e KIRSHBAUM, M. – Effects of patient death on nursing staff: a literature review. **British Journal of Nursing**, 2011. nº 20, 559-563.

WORDEN, J. W. – Apego, perdas e o processo de luto – In: **Terapia do luto**; Porto Alegre, Artes Médicas, 1998.

YACUZZI, E. – **El estudio de caso como metodología de investigación: teoría, mecanismos causales, validación.**, Buenos Aires, Argentina :Universidad del CEMA 2005. p. 1-37

YIN, Robert K. – **Case study research: design and methods**. 2<sup>nd</sup> ed. London: Sage, 2005. ISBN 0-8039-5663-0.

YU, H. e CHAN, S. – Nurses' response to death and dying in an intensive care unit – a qualitative study. **Journal of Critical Nursing**, 2010. nº 19, 1167-1169.

care unit – a qualitative study. **Journal of Critical Nursing**, 2010. nº 19, 1167-1169.



## **ANEXOS**





**ANEXO I – AUTORIZAÇÃO DA UNIDADE DE  
CUIDADOS CONTINUADOS PARA A  
REALIZAÇÃO DO ESTUDO**



# Re: Autorização do estudo

To: enf [REDACTED]

08/07/2014

Para: Enf. Bruna Mesquita Sampaio



Boa Tarde,

Após auscultação da Administração da [REDACTED], foi autorizado a realização do referido estudo na Instituição com o tema "Cuidar da pessoa no Processo de Morte numa Unidade de Cuidados Continuados - Experiências do Enfermeiro". A população alvo que são os Enfermeiros foram informados dessa autorização para colaborarem no estudo.

As datas e horas das entrevistas terão que ser negociadas com os referidos Enfermeiros.

Posteriormente, a Instituição gostaria de conhecer os resultados obtidos com o referido estudo.

Com os melhores cumprimentos

Enf<sup>a</sup> Coordenadora [REDACTED]

Enf<sup>a</sup> [REDACTED]



## **ANEXO II - DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**



## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Se concordar em participar neste estudo, por favor, assine no espaço abaixo e obrigada por aceitar dar a sua imprescindível contribuição

### *Designação do Estudo:*

Experiências do Enfermeiro que acompanha o processo de morte do doente

Eu, abaixo-assinado, \_\_\_\_\_, tomei conhecimento do objetivo do estudo de investigação no âmbito “Experiências do Enfermeiro que Acompanha o Processo de morte do doente”, realizado pela mestrandia Bruna Alberta Moreira Mesquita Sampaio, a frequentar o II Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, e da forma como vou participar no referido estudo. Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo para a minha pessoa.

Por isso, consinto que me seja aplicado o método proposto pela investigadora.

**Data:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20\_\_\_\_

**Assinatura do participante:** \_\_\_\_\_

**A Investigadora responsável:** \_\_\_\_\_





## **APÊNDICES**



## **APÊNDICE I - GUIÃO DA ENTREVISTA -**



Caracterização do entrevistado	
<b>Objetivo:</b> Caracterizar o entrevistado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Idade</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Inferior a 30 anos</li> <li><input type="checkbox"/> Entre 30 e 35 anos</li> <li><input type="checkbox"/> Entre 35 e 45 anos</li> <li><input type="checkbox"/> Entre 45 e 50 anos</li> <li><input type="checkbox"/> Superior a 50 anos</li> </ul> </li> <li>• <b>Género</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Feminino</li> <li><input type="checkbox"/> Masculino</li> </ul> </li> <li>• <b>Formação Académica</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Licenciatura</li> <li><input type="checkbox"/> Especialidade _____</li> <li><input type="checkbox"/> Mestrado _____</li> <li><input type="checkbox"/> Doutoramento em _____</li> <li><input type="checkbox"/> Outra _____</li> </ul> </li> <li>• Tempo de Serviço: _____</li> <li>• Tempo de serviço na Unidade: _____</li> </ul>
Objetivos / questões orientadoras	
Objetivos específicos	Questões orientadoras
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar o significado que o Enfermeiro atribui ao processo de morte de um doente.</li> </ul>	1. Qual significado do processo de morte para o Enfermeiro?
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar as intervenções que o Enfermeiro valoriza no cuidar do doente perante o processo de morte.</li> </ul>	2. Quais as intervenções que o Enfermeiro valoriza no cuidar da pessoa em processo de morte?
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar os sentimentos vivenciados pelos Enfermeiros no de um doente.</li> </ul>	3. Que sentimentos experiencia o Enfermeiro perante a pessoa em processo de morte?

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar as dificuldades que o Enfermeiro sente no âmbito do processo de morte.</li> </ul>	4. Quais os fatores facilitadores do cuidar da pessoa em processo de morte?
	5. Quais as dificuldades dos Enfermeiros no cuidar da pessoa em processo de morte?
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar as implicações para a vida pessoal e profissional do Enfermeiro que cuida do doente em processo de morte.</li> </ul>	6. Quais as implicações para a vida profissional e pessoal do enfermeiro?
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar as estratégias mobiliza o Enfermeiro no âmbito do processo de morte.</li> </ul>	7. Que estratégias o Enfermeiro mobiliza no âmbito do processo de morte?
<b>IV Parte – Fecho da Entrevista</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agradecer a colaboração do entrevistado e referir a importância da sua participação no estudo</li> <li>• Resumir os aspetos essenciais abordados durante a entrevista;</li> <li>• Dar oportunidade ao entrevistado de acrescentar mais algum aspeto que tenha ficado por referir durante a entrevista.</li> </ul>	

**APÊNDICES II**

**- ANÁLISE DAS ENTREVISTAS –**





**Tabela nº1 - SIGNIFICADO DE PROCESSO DE MORTE NA PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS**

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADE DE ANÁLISE
O Fim		<p><i>“(…) chegou o fim da linha(…) acabar a vida, terminou, é o fim de ciclo (…)” E<sub>1</sub></i></p> <p><i>“(…) por culminar na morte (…)” E<sub>2</sub></i></p> <p><i>“(…) é o fim da vida (…)” E<sub>3</sub>; E<sub>9</sub></i></p> <p><i>“(…)é o fim do ciclo da vida (…)” E<sub>4</sub> ; E<sub>6</sub> ; E<sub>7</sub>; E<sub>9</sub></i></p> <p><i>“(…) fim de uma etapa(…)” E<sub>9</sub></i></p> <p><i>“(…)é o fim de qualquer um de nós (…)” E<sub>11</sub></i></p> <p><i>“(…) o significado do processo de morrer é o fim de uma vida.” E<sub>10</sub></i></p>
Degradação do estado geral	Perda de capacidades cognitivas	<i>“(…) em que há um doente que está a perder as suas capacidades cognitivas (…)” E<sub>2</sub></i>
	Perda de capacidades progressivas	<i>“(…) em que há uma degradação do estado geral progressivo (…)” E<sub>2</sub></i>
	Perda de Consciência	<i>“(…) há perda do estado de consciência (…)” E<sub>2</sub></i>
Fim do Sofrimento		<p><i>“(…) é o término do sofrimento e é isso (…)” E<sub>3</sub></i></p> <p><i>“(…) morrer significa terminar esse sofrimento.” E<sub>5</sub></i></p> <p><i>“(…) fim do processo de dor para o doente(…)” E<sub>9</sub></i></p>

		<i>“(...) Espera-se é que seja de forma menos sofrida e com a maior qualidade possível (...)” E<sub>11</sub></i>
Separação do corpo e da alma		<i>“(...) é a separação do corpo e da alma(...)”. E<sub>10</sub></i>

**Tabela nº2 - INTERVENÇÕES VALORIZADAS PELO ENFERMEIRO NO CUIDAR DA PESSOA EM PROCESSO DE MORTE**

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	ENTREVISTADOS / UNIDADE DE ANÁLISE
Promover conforto		<p><i>“ (...) tentar dar o máximo de conforto para eles morrerem com dignidade (...)” E<sub>10</sub></i></p> <p><i>“ (...) dar o máximo de conforto, bem-estar (...)” E<sub>9</sub></i></p> <p><i>“ (...) cuidar do conforto(...)” E<sub>6</sub></i></p> <p><i>“ (...) conforto(...)” E<sub>1</sub>; E<sub>3</sub>; E<sub>5</sub></i></p> <p><i>“ (...) qualidade do conforto do doente (...) que seja o menos doloroso possível.” E<sub>11</sub></i></p> <p><i>“ (...) vem para cuidados de manutenção e conforto (...)” E<sub>11</sub></i></p>
Proporcionar a presença da família		<p><i>“ (...) Ter ao lado a família (...)” E<sub>6</sub></i></p> <p><i>“ (...) deixar se possível a família (...)” E<sub>1</sub></i></p>
Acompanhar no processo de luto		<p><i>“ (...) antes, na pré-morte e depois da morte (...)” E<sub>6</sub></i></p>
Promover a comunicação/interação	Comunicação com a Equipa de Saúde	<p><i>“ (...) Facilitar a interação da equipa de saúde (...)” E<sub>7</sub></i></p>
	Comunicação com o Doente e Família	<p><i>“ (...) facilitar a interação entre o doente e família (...)” E<sub>2</sub></i></p> <p><i>“ (...) Envolvimento da família (...)” E<sub>10</sub></i></p>
Controlar da dor		<p><i>“ (...) sem dor (...)” E<sub>9</sub></i></p> <p><i>“ (...) que o doente não tenha dor (...)” E<sub>3</sub></i></p> <p><i>(...) é importante (...) regime medicamentoso adequado (...)” E<sub>5</sub></i></p>

Proporcionar apoio		<p><i>“ (...) procuramos dar apoio (...)” E<sub>7</sub></i></p> <p><i>“ (...) apoiar a família nesta fase do ciclo de vida (...)” E<sub>4</sub></i></p>
Cuidados ao corpo		<p><i>“ (...) o enfermeiro deve cuidar do corpo (...)” E<sub>4</sub></i></p>
Respeitar a pessoa		<p><i>“ (...) ter respeito pela pessoa (...)” E<sub>4</sub></i></p> <p><i>“ (...) privacidade (...)” E<sub>3</sub></i></p> <p><i>“ (...) Trato-o com respeito, presto todos os cuidados é uma pessoa que ainda continua ali... é um cadáver, não deixa de ser uma pessoa (...)” E<sub>1</sub></i></p>
Aliviar o sofrimento		<p><i>“ (...) que possa transmitir-lhe conforto nem que seja por palavras, administrar-lhe oxigénio, dar-lhe analgesia, alguma coisa que o conforte, que faça com que aquele momento seja o menos doloroso possível.” E<sub>11</sub></i></p> <p><i>“O utente nunca deverá sofrer durante esse processo (...)” E<sub>5</sub></i></p>
Proporcionar ambiente adequado		<p><i>“(...)é importante(...) serenidade(...)” E<sub>5</sub></i></p> <p><i>“(...)é importante(...) ambiente físico(...)” E<sub>5</sub></i></p> <p><i>“(...) não andar com ele aos “tombos” dar serenidade(...)” E<sub>3</sub></i></p>

**Tabela nº3 – SENTIMENTOS/ EMOÇÕES EXPERENCIADOS PELOS ENFERMEIROS**

<b>CATEGORIAS</b>	<b>ENTREVISTADOS / UNIDADE DE ANÁLISE</b>
Desilusão	<i>“(…) é uma desilusão (…).” E<sub>9</sub></i>
Impotência	<i>“(…) sentimo-nos impotentes(…).” E<sub>9</sub></i> <i>“(…) uma pessoa sente-se mesmo impotente(…).” E<sub>2</sub></i> <i>“(…) impotência porque não conseguimos fazer mais (…).” E<sub>6</sub></i> <i>“(…) sentimento de incapacidade que não conseguimos fazer mais (…).” E<sub>8</sub></i> <i>“(…) o nosso inconsciente no fundo vai desenvolver o sentimento de impotência (…).” E<sub>7</sub></i>
Pena	<i>“(…) posso ter pena, porque é mais uma pessoa que morre (…).” E<sub>4</sub></i> <i>“(…) temos ali uma senhora que eu acho que está há tempo de mais, já devia ter ido, está a sofrer (…).” E<sub>5</sub></i>
Frieza	<i>“(…) comigo o sentimento é um bocado frio (…).” E<sub>1</sub></i> <i>“(…) não há envolvimento a nível sentimental. Não há! É sempre uma coisa fria (…).” E<sub>1</sub></i> <i>“(…) o enfermeiro... deve ter uma relação um bocadinho distante (…).” E<sub>4</sub></i> <i>“(…) tento manter a minha postura, sou um bocadinho seca (…).” E<sub>10</sub></i> <i>“(…) numa situação de morte do utente lido de forma natural, pacífica. Sei qual é o trabalho que tenho a fazer, quase de uma forma fria (…).” E<sub>4</sub></i>
Tristeza	<i>“(…) um pouco de tristeza (…) ver pessoas que chegam aqui ainda com um estado cognitivo algo orientado e comunicativas e ver-se a degradação da pessoa (…).” E<sub>2</sub></i> <i>“(…) tristeza (…).” E<sub>3</sub>; E<sub>5</sub>; E<sub>6</sub></i>
Frustração	<i>“(…) frustração (…).” E<sub>8</sub></i>
Medo	<i>“(…) medo é um tipo de choque é sempre ali uma perda (…).” E<sub>6</sub></i>

Perda	<i>“(...) sentimentos de perda, sentimos que fizemos tudo pelo doente (...)” E<sub>7</sub></i>
Paz	<i>“Paz (...)” E<sub>3</sub></i> <i>“(...) se o senhor sofria ou se estava com desconforto, se calhar podemos experimentar a sensação de paz (...)” E<sub>4</sub></i> <i>“(...) eu tenho muita tranquilidade, quando morre um doente (...)” E<sub>3</sub></i>
Alívio	<i>“(...) experimentar uma sensação de alívio (...)” E<sub>4</sub></i>
Afeto	<i>“(...) são pessoas que estão há bastante tempo connosco em que se cria alguma ligação afetiva(...)”. E<sub>2</sub></i> <i>“(...) depende muitas vezes da afinidade que tem com o doente (...) depende do tempo que estive com o doente, quanto mais tempo estiver com eles mais afinidade criamos (...)” E<sub>3</sub></i> <i>“(...) claro que custa até porque temos os doentes, que nós nos afeiçoamos (...)” E<sub>11</sub></i>

**Tabela nº4 - FACTORES FACILITADORES NO CUIDAR DA PESSOA EM PROCESSO DE MORTE**

CATEGORIAS	ENTREVISTADOS
Distanciamento	<p><i>“(…) para mim é o mínimo envolvimento possível (…)” E<sub>1</sub></i></p> <p><i>“(…) ter uma postura fria(…) tentar fazer aquilo o mais distante possível para também não pensar muito no assunto(…)” E<sub>4</sub></i></p> <p><i>“(…) tento não pensar muito nisso é a mesma coisa de que saído trabalho e não penso mais no assunto (…)” E<sub>9</sub></i></p> <p><i>“(…) é mesmo quando a barreira que eu crio da minha vida pessoal e sentimental ou aquilo que possa sentir (…)” E<sub>1</sub></i></p> <p><i>“(…) pensar para mim que não são da minha família e a barreira que tento elevar entre eu e o doente” E<sub>10</sub></i></p>
A inevitabilidade da morte	<p><i>“(…) são velhinhos ou fases terminais e a gente sabe que o melhor para eles é ir(…)” E<sub>1</sub></i></p> <p><i>“(…) a pessoa já vem com o diagnóstico feito (…) não digo prazo defino mas tem o fim dele já um pouco definido com a patologia que tem (…)” E<sub>2</sub></i></p>
Presença da família	<p><i>“(…) estar com a família e/ou chamá-la e perguntar se querem estar presentes (…)” E<sub>1</sub></i></p> <p><i>“(…) fatores facilitadores (…) é principalmente a família (…)” E<sub>2</sub></i></p> <p><i>“Presença de família (…)” E<sub>3</sub></i></p> <p><i>“Interação com a família.” E<sub>6</sub></i></p> <p><i>(…) vão morrer mas acompanhados(…)” E<sub>10</sub></i></p>
Conhecimento da situação	<p><i>“(…) quando a família vem do hospital, ou de um centro (…) IPO (…) já vêm conscientes do diagnóstico (…) quando não têm consciência do diagnóstico (…) vêm para cá a pensar que uma pessoa vai sair daqui a andar e a falar (…)” E<sub>2</sub></i></p> <p><i>“(…) saber o diagnóstico e prognóstico facilita-nos e muito.” E<sub>5</sub></i></p>

Estar preparado para o processo de luto	<i>“ (...) uma boa preparação quer do doente quer da família (...) para a morte (...)” E<sub>3</sub></i>
Acesso à Terapêutica analgésica	<i>“ (...) analgesia, é fundamental pois ajuda a que nós nos sintamos mais confiantes e não tão impotentes (...)” E<sub>3</sub></i> <i>“ (...) temos acesso a fármacos (...) para estarem calmos e sem dor (...)” E<sub>8</sub></i>
Proporcionar cuidados individualizados	<i>“ (...) tiveram os cuidados todos (..) com dignidade (...)” E<sub>10</sub></i>
Estar presente	<i>“ (...) e a nossa presença (...)”. E<sub>3</sub></i> <i>“ (...) falta de tempo (...) também é resolvido com conversa, tempo e companhia que não teve. Andamos sempre a correr.” E<sub>8</sub></i>
Partilha de experiencias em equipa	<i>“ (...) partilha de experiências é importante, até porque temos colegas novos (...) acaba por assimilar, até porque na nossa profissão também nos dá certas defesas e ferramentas para conseguirmos lidar com a morte.” E<sub>11</sub></i>
Experiência Profissional	<i>“ (...) desenvolvimento de capacidades práticas. O contacto com a morte em contexto diário (...)” E<sub>7</sub></i> <i>“Experiência no trabalho é uma estratégia positiva (...)” E<sub>3</sub></i> <i>“ (...) tem a ver muito com a personalidade da pessoa (...)” E<sub>7</sub></i>



**Tabela nº5: FATORES DIFICULTADORES NO CUIDAR DA PESSOA EM PROCESSO DE MORTE**

CATEGORIAS	ENTREVISTADOS / UNIDADE DE ANÁLISE
Saber separar o eu profissional do eu pessoal	<p><i>“(...) separação do “eu” pessoa e o “eu” profissional(...)”. E<sub>3</sub></i></p> <p><i>“(...) estejam capacitados minimamente para lidar com a etapa da vida que é a morte (...) que no fundo nós tenhamos a capacidade de agir de forma coerente e fria (...)” E<sub>7</sub></i></p> <p><i>“(...) exige muita preparação (...) nunca estamos verdadeiramente preparados (...) custa-me vê-los a sofrer e até acho que agora como saiu aquele testamento vital é bom para certas sítios. Eu sou um bocado a favor da eutanásia, uma eutanásia assistida e muito bem elaborada (...)” E<sub>11</sub></i></p>
Dificuldades no acesso a terapêuticas analgésicas	<p><i>“(...) medicação (...) endovenosa não é disponibilizada para este tipo de instituições (...)”. E<sub>2</sub></i></p> <p><i>“(...) muitas vezes não tem a analgesia suficiente (...)” E<sub>3</sub></i></p>
Doente com dificuldades na comunicação	<p><i>“(...) doente que não comunica... que é a maioria dos doentes aqui na Unidade (...)”. E<sub>4</sub></i></p>
Comunicar a má notícia	<p><i>“(...) é o comunicar à família (...)”. E<sub>4</sub>“(...) comunicar ao médico para fazer o estabelecimento do óbito (...)”. E<sub>4</sub></i></p> <p><i>“(...) Família ter conhecimento da situação (...)” E<sub>7</sub></i></p> <p><i>“(...) sentir que os colegas vão ter de anunciar a morte e pedem-me a mim, porque tenho mais experiência (...)” E<sub>10</sub></i></p> <p><i>“(...) dar a notícia à família, acho que é das coisas que mais me marcou até hoje (...)” E<sub>8</sub></i></p>
Défice de recursos humanos	<p><i>“(...) falta de recursos [humanos] da própria instituição (...)” E<sub>9</sub></i></p>

Pouca disponibilidade	<p>“(…) falta de tempo(…) falta disponibilidade para eles (…) para os ouvir/escutar(…)” E8</p> <p>“Tempo (…) gostava de ter muito mais tempo. Doentes na fase terminal para terem todos os cuidados necessitam de mais tempo (…)” E9</p>
Não envolvimento do doente na tomada de decisão	<p><i>“(…) trabalho em equipa juntamente com a família fica muito dificultado quando uma pessoa pensa (…) que é um centro de recuperação (…)” E2.</i></p>

**Tabela nº6 - IMPLICAÇÕES PARA A VIDA PESSOAL E PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO QUE CUIDA DA PESSOA EM PROCESSO DE MORTE**

CATEGORIAS	ENTREVISTADOS / UNIDADE DE ANÁLISE
Maior aceitação da inevitabilidade da morte	<p><i>“ (...) traz uma forma de ver a vida e a morte antes de sermos Enfermeiros (...)”. E<sub>1</sub></i></p> <p><i>“ (...) depende da forma como as pessoas lidam com a morte(...)”. E<sub>6</sub></i></p> <p><i>“ (...) é apenas mais uma rotina da nossa vida profissional (...) ” E<sub>5</sub></i></p>
Adoção de mecanismos de defesa	<p><i>“ (...) aprendemos a ganhar defesas (...)” E<sub>7</sub></i></p> <p><i>“ (...) tornamo-nos frios (...)” E<sub>8</sub></i></p> <p><i>“ (...) saio da Unidade e esqueço tudo (...)” E<sub>10</sub></i></p> <p><i>“ (...) acho que tem a sua carga emocional tanto a nível pessoal como a nível profissional (...)” E<sub>11</sub></i></p> <p><i>Pessoalmente aumentamos a capacidade de agir de forma fria (...)”. E<sub>7</sub></i></p>
Saber separar a identidade profissional da pessoal	<p><i>“ Pessoalmente transmite-me mais conhecimentos (...)”. E<sub>2</sub></i></p> <p><i>“ Entro na Unidade esqueço a parte pessoal, saio da Unidade e esqueço a parte profissional.” (...)”. E<sub>10</sub></i></p> <p><i>“ (...) tento não levar para a vida pessoal, apesar de às vezes ser difícil (...) Acho que tem implicações, por mais que a gente queira desligar e separar águas (...)”. E<sub>11</sub></i></p>
Sobrecarga emocional	<p><i>“ (...) tiramos sempre qualquer coisa, há sempre pessoas e coisas que nos marcam, coisas que numa pessoa não fizemos tão bem e noutra já vamos fazer melhor (...)”. E<sub>2</sub></i></p> <p><i>“ (...) como Enfermeira (...) implica algum esforço em termos de trabalho no final da morte com família (...)”. E<sub>3</sub></i></p>
Sem implicações para a vida pessoal	<p><i>“ (...) não interfere com a pessoal (...)”. E<sub>5</sub></i></p> <p><i>“ (...) sei separar (...) a minha vida pessoal(...)”. E<sub>4</sub></i></p>

*“ (...) sei separar a minha vida profissional (...)”. E<sub>4</sub>*

*“ (...) para a vida pessoal nenhuma (...)”. E<sub>3</sub>*

*“ (...) acho um processo natural na vida por isso não tem grandes implicações (...)” E<sub>9</sub>*

**Tabela nº7 - ESTRATÉGIAS MOBILIZADAS PELOS ENFERMEIROS**

CATEGORIAS	ENTREVISTADOS / UNIDADE DE ANÁLISE
Afastamento	<p><i>“Cada pessoa é uma pessoa. Eu sou assim [frio], há outros colegas que já não são assim (...)” E1</i></p> <p><i>“Concentramo-nos nos doentes que estão bem, pode parecer um bocadinho frio mas tem obrigatoriamente de ser ultrapassadas (...)” E3</i></p>
Partilha de experiências	<p><i>“ (...) fala-se entre nós, falamos um pouco dos momentos engraçados que tivemos com aquela pessoa, os convívios (...)” E2</i></p> <p><i>“Conversa com colegas, com a próprias família, saber se eles aceitaram bem a morte ou não (...)” E6</i></p>
Aceitação	<p><i>“Aceitar o fim como um momento mais do ciclo de vida.” E5</i></p> <p><i>“ (...) encarar as coisas como um processo natural da vida (...)” E9</i></p> <p><i>“ (...) permite ver essa perda por um lado positivo e pensar que (...) lhe proporcionamos um bem-estar e uma qualidade e vida que ele não teria no domicílio (...)” E2</i></p>
Sem estratégias	<p><i>“ (...) eu sou assim, há outros que já não são assim. Se calhar... isso tem a ver com as experiência de cada um (...) a nível profissional vamos ganhando competências(...)” E7</i></p> <p><i>“Nunca tive necessidade de utilizar assim nenhuma estratégia (...) não afeta (...)” E4</i></p>